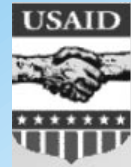


République Démocratique du Congo



**ENQUETE NATIONALE
SUR LA SITUATION
DES ENFANTS ET DES FEMMES
MICS2 / 2001**



Rapport d'analyse

Kinshasa, juillet 2002

Dites "Oui" pour les enfants

République Démocratique du Congo



**ENQUETE NATIONALE
SUR LA SITUATION
DES ENFANTS ET DES FEMMES
MICS2 / 2001**

Rapport d'analyse

Kinshasa, juillet 2002

VOLUME II

Dites “**Oui**” pour les enfants

TABLE DES MATIERES

	Page
Table des matières	iii
Liste des tableaux	ix
Liste des graphiques.....	xiii
Abréviation.....	xv
Préface.....	xvii
Avant-propos.....	xix
Remerciements.....	xxi

INTRODUCTION

1. CONTENU DU RAPPORT.....	1
2. CONTEXTE INTERNATIONAL.....	1
3. CONTEXTE NATIONAL.....	2
4. OBJECTIFS DE L'ENQUETE.....	3
4.1. Objectif spécifique.....	3
4.2. Objectifs globaux.....	4
5. CADRE INSTITUTIONNEL.....	4

CHAPITRE 1. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE ET QUALITE DES DONNEES

1.1. CHOIX METHODOLOGIQUES.....	5
1.1.1. Taille de l'échantillon et méthode d'échantillonnage.....	5
1.1.2. Choix des indicateurs.....	5
1.1.3. Stratégie de collecte des données de l'enquête.....	6
1.2. ECHANTILLONNAGE.....	6
1.2.1. Méthode d'échantillonnage.....	6
1.2.2. Dispersion de l'échantillon enquêté.....	8
1.3. COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE.....	9
1.3.1. Appropriation par les bénéficiaires directs.....	9
1.3.2. Plan de communication et de mobilisation sociale.....	9
1.3.3. Processus de communication.....	9
1.4. OUTILS DE COLLECTE.....	10
1.4.1. Questionnaire d'enquête.....	10
1.4.2. Autres outils de collecte	10
1.5. PREPARATION MATERIELLE ET LOGISTIQUE.....	11
1.6. RECRUTEMENT, FORMATION ET DEPLOIEMENT SUR LE TERRAIN.....	11
1.6.1. Recrutement du personnel de terrain.....	11
1.6.2. Formation.....	12
1.6.3. Déploiement sur le terrain.....	12

1.7. COLLECTE DES DONNEES ET CONTROLE DU TRAVAIL DE TERRAIN.....	13
1.7.1. Collecte des données dans les sites.....	13
1.7.2. Supervision du travail de terrain.....	13
1.8. EXPLOITATION DES DONNEES.....	14
1.8.1. Traitement des données.....	14
1.8.2. Analyse et rédaction du rapport.....	15
1.9. QUALITE DES DONNEES COLLECTEES.....	15
1.9.1. Couverture des unités échantillonnées.....	16
1.9.2. Non-réponses au niveau des ménages.....	16
1.9.3. Non-réponses au niveau des modules.....	17
1.9.4. Evaluation de la structure par âge de la population enquêtée.....	18
1.9.5. Erreurs de sondage.....	18
CONCLUSION.....	19

CHAPITRE 2. CADRE DE VIE DES MENAGES

INTRODUCTION.....	21
2.1. HABITAT.....	21
2.1.1. Promiscuité dans les logements.....	21
2.1.2. Qualité des logements.....	25
2.1.3. Statut d'occupation des logements.....	28
2.2. EAU DE BOISSON.....	29
2.2.1. Sources principales d'eau de boisson.....	29
2.2.2. Distance pour atteindre la source d'eau.....	31
2.2.3. Temps et distance pour chercher l'eau à boire salubre.....	32
2.3. ASSAINISSEMENT DES LOGEMENTS.....	34
2.3.1. Types de toilettes utilisées.....	34
2.3.2. Localisation des toilettes.....	35
2.3.3. Traitement des excréments des petits enfants.....	36
2.3.4. Mode d'évacuation des eaux usées.....	36
2.3.5. Mode d'évacuation des ordures ménagères.....	37
2.4. SECURITE ALIMENTAIRE.....	38
2.4.1. Réserves alimentaires.....	38
2.4.2. Nombre de repas par jour.....	39
2.4.3. Encadrement des ménages par les agents de développement.....	40
2.5. SITUATION D'ACTIVITE DE LA POPULATION ADULTE.....	41
CONCLUSION.....	45

CHAPITRE 3. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION

INTRODUCTION.....	47
3.1. STRUCTURES DE LA POPULATION.....	47
3.1.1. Structure de la population par âge et sexe.....	47
3.1.2. Structure de la population selon l'état matrimonial.....	51
3.1.3. Taille et composition des ménages.....	54
3.2. NIVEAU ET TENDANCES DE LA FECONDITE.....	55
3.2.1. Niveau global de la fécondité	55
3.2.2. Fécondité des adolescentes.....	57
3.3. NIVEAUX ET TENDANCES DE LA MORTALITE DES ENFANTS.....	58
3.3.1. Niveau de la mortalité des enfants.....	58
3.3.2. Variations de la mortalité des enfants.....	59
3.3.3. Tendances de la mortalité des enfants.....	61
3.4. LA MORTALITE MATERNELLE.....	62
CONCLUSION.....	62

CHAPITRE 4. EDUCATION

INTRODUCTION.....	65
4.1. EDUCATION PRESCOLAIRE.....	65
4.1.1. Participation des jeunes enfants aux programmes d'éducation préscolaire de type formel.....	66
4.1.2. Nouveaux entrants en 1ère année primaire ayant suivi un programme d'éducation préscolaire.....	67
4.2. ENSEIGNEMENT PRIMAIRE FORMEL.....	68
4.2.1. Accès à l'école.....	68
4.2.2. Fréquentation scolaire.....	73
4.2.3. Efficacité interne du système scolaire.....	79
4.3. NIVEAU D'INSTRUCTION ET ANALPHABETISME DES ADULTES.....	82
4.3.1. Analphabétisme des adultes de 15 ans et plus.....	82
4.3.2. Alphabétisation des jeunes adultes de 15-24 ans.....	84
4.3.3. Niveaux d'instruction de la population de 15 ans et plus.....	84
4.3.4. Population n'ayant jamais fréquenté l'école.....	84
CONCLUSION.....	85

CHAPITRE 5. SANTE DES MERES ET DES ENFANTS

INTRODUCTION.....	87
5.1. SANTE DE LA MERE ET DU NOUVEAU NE.....	87
5.1.1. Couverture des soins prénatals.....	87
5.1.2. Couverture des accouchements assistés.....	90

5.2. SOINS DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS.....	92
5.2.1. Maladies diarrhéiques.....	92
5.2.2. Infections Respiratoires Aiguës (IRA).....	97
5.2.3. Paludisme.....	100
5.2.4. Connaissance des symptômes nécessitant des soins appropriés.....	104
5.2.5. Traitement des maladies.....	106

CONCLUSION.....	110
-----------------	-----

CHAPITRE 6. COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS ET DES MERES

INTRODUCTION.....	111
6.1. COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS DE 12 A 23 MOIS.....	111
6.1.1. Disponibilité des cartes de vaccination.....	111
6.1.2. Taux de couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois.....	113
6.1.3. Disparités dans la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois.....	114
6.1.4. Evolution de la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois.....	116
6.2. COUVERTURE VACCINALE DES FEMMES AVEC ENFANTS DE 0 A 11 MOIS	117
6.3. JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION.....	119
6.4. DEPERDITION DES VACCINATIONS.....	120
CONCLUSION.....	121

CHAPITRE 7. NUTRITION DES ENFANTS ET DES MERES

INTRODUCTION.....	123
7.1. ETAT NUTRITIONNEL.....	123
7.1.1. Etat nutritionnel des enfants.....	123
7.1.2. Etat nutritionnel des mères.....	132
7.1.3. Relation entre état nutritionnel des mères et état nutritionnel des enfants.....	135
7.2. ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DES ENFANTS.....	135
7.2.1. Allaitement exclusif.....	135
7.2.2. Poursuite de l'allaitement.....	136
7.2.3. Introduction d'aliments de complément.....	137
7.2.4. Utilisation du biberon.....	138
7.2.5. Tendances des pratiques d'allaitement et d'alimentation des enfants.....	138
7.3. POIDS A LA NAISSANCE.....	138
7.4. CONSOMMATION DU SEL IODE.....	140
7.5. SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A.....	141
7.5.1. Supplémentation en vitamine A chez les femmes allaitantes.....	142
7.5.2. Supplémentation en vitamine A chez les enfants.....	143

	Page
7.6. PRATIQUE DE LA CONSULTATION PRESCOLAIRE (CPS).....	144
7.6.1. Possession des fiches de croissance.....	145
7.6.2. Enfants pesés au cours du trimestre passé.....	145
CONCLUSION.....	147
 CHAPITRE 8. SANTE DE LA REPRODUCTION ET VIH/SIDA	
INTRODUCTION	149
8.1. CONNAISSANCE DU VIH/SIDA.....	149
8.1.1. Connaissance de la prévention du VIH/SIDA par les femmes en âge de procréer.....	149
8.1.2. Conceptions erronées sur le VIH/SIDA.....	152
8.1.3. Bonne connaissance du VIH/SIDA.....	154
8.1.4. Connaissance de la transmission du VIH/SIDA de la mère à son enfant.....	156
8.2. COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUE.....	157
8.2.1. Rapports sexuels occasionnels.....	157
8.2.2. Multiplicité de partenaires sexuels.....	159
8.2.3. Protection lors des rapports sexuels occasionnels.....	160
8.2.4. Précocité des rapports sexuels.....	161
8.3. PREVALENCE CONTRACEPTIVE.....	162
CONCLUSION.....	164
 CHAPITRE 9. PROTECTION DES ENFANTS	
INTRODUCTION	167
9.1. ENFANTS AVEC HANDICAP.....	167
9.2. ENFANTS NE RESIDANT PAS AVEC LEURS PARENTS ET ORPHELINS.....	168
9.2.1. Enfants vivant dans le ménage sans un parent biologique.....	170
9.2.2. Enfants orphelins.....	170
9.3. ENREGISTREMENT DES NAISSANCES A L'ETAT CIVIL.....	172
9.4. TRAVAIL DES ENFANTS.....	176
9.4.1. Ampleur du phénomène et caractéristiques.....	177
9.4.2. Types de travaux exercés par les enfants.....	178
CONCLUSION.....	179
CONCLUSION GENERALE	181
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	183

ANNEXES

1. Tableau des indicateurs.....	185
2. Questionnaire de l'enquête.....	195
3. Note méthodologique sur le calcul de l'Indice de Pauvreté pour la RDC.....	219
4. Erreurs de sondage.....	223
5. Personnel de l'enquête MICS2.....	229

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE 1

- T1.1 Répartition des pools et des sites d'enquête selon la province
- T1.2 Couverture des parcelles/unités d'habitation et des ménages échantillonnés des sites de base
- T1.3 Répartition (en %) des ménages des sites de base selon le résultat de l'interview et le milieu de résidence
- T1.4 Taux de réponse aux niveaux des modules femmes et enfants
- T1.5 Taux de non-réponse au module sur l'anthropométrie
- T1.6 Calcul de l'indice de Myers - Population totale enquêtée

CHAPITRE 2

- T2.1 Répartition (en %) des ménages selon le nombre moyen de pièces dans le logement et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T2.2 Répartition (en %) des ménages selon le nombre de chambres à coucher et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T2.3 Répartition (en %) des ménages selon le nombre de personnes par chambre à coucher et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T2.4 Répartition (en %) des ménages selon le type de matériau du sol des logements et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T2.5 Répartition (en %) des ménages selon le type de matériau de la toiture du logement et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T2.6 Répartition (en %) des ménages selon le type de matériau des murs et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T2.7 Répartition (en %) des ménages selon le statut d'occupation du logement et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T2.8 Répartition (en %) de la population selon la source principale d'eau de boisson et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T2.9 Répartition (en %) de la population selon la distance entre le logement et la source principale d'eau, et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T2.10 Répartition (en %) de la population ayant un accès facile à l'eau de boisson de qualité selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T2.11 Répartition (en %) de la population selon le type de toilettes utilisées et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T2.12 Répartition (en %) de la population ayant des toilettes selon la localisation de celles-ci et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T2.13 Répartition (en %) des ménages ayant des enfants de 0 à 36 mois selon le traitement de leurs excréments et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T2.14 Répartition (en %) des ménages selon les moyens sanitaires d'évacuation des eaux usées et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T2.15 Répartition (en %) des ménages selon les moyens sanitaires d'évacuation des ordures ménagères et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T2.16 Répartition (en %) des ménages selon la disponibilité des réserves alimentaires et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T2.17 Répartition (en %) des ménages selon le nombre de repas journaliers et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T2.18 Répartition (en %) des ménages selon l'accès aux structures d'encadrement et de vulgarisation agricole et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T2.19 Répartition (en %) de la population de 15 à 64 ans selon le statut d'occupation et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T2.20 Indice de développement humain des différentes provinces

CHAPITRE 3

- T3.1 Répartition (en %) de la population totale par groupe d'âge quinquennal selon le milieu de résidence et le sexe
- T3.2 Répartition (en %) de la population totale selon les grands groupes d'âge, le sexe et le milieu de résidence
- T3.3 Répartition (en %) de la population selon certains groupes spécifiques et le milieu de résidence
- T3.4 Rapports de masculinité (en %) selon les grands groupes d'âge

- T3.5 Répartition (en %) de la population de 15 ans et plus selon l'état matrimonial, le milieu de résidence et le sexe
- T3.6 Pourcentage des célibataires selon le groupe d'âge quinquennal, le sexe et le milieu de résidence
- T3.7 Age moyen au premier mariage selon le milieu de résidence
- T3.8 Répartition (en %) des ménages selon la taille des ménages, le milieu de résidence et la province
- T3.9 Principaux indicateurs de fécondité
- T3.10 Taux de fécondité par âge (‰), indice synthétique de fécondité (ISF) et nombre moyen d'enfants nés-vivants pour les femmes de 15 à 49 ans (parité) selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T3.11 Proportion des mères parmi les adolescentes selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T3.12 Quotients (en ‰) de mortalité infantile et infanto-juvénile selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T3.13 Quotients (en ‰) de mortalité des enfants de moins de cinq ans en 1995 et 2001
- T3.14 Calcul du taux de mortalité maternelle par la méthode des sœurs

CHAPITRE 4

- T4.1 Pourcentage d'enfants âgés de 36 à 59 mois fréquentant un programme organisé d'éducation préscolaire
- T4.2 Pourcentage de nouveaux inscrits en 1^{ère} année primaire ayant suivi un programme organisé d'éducation préscolaire
- T4.3 Taux net d'admission (en %) en 1^{ère} année d'enseignement primaire
- T4.4 Taux brut d'admission en 1^{ère} année d'enseignement primaire
- T4.5 Répartition (en %) des enfants nouvellement inscrits en 1^{ère} année d'enseignement primaire selon l'âge d'entrée à l'école, le milieu de résidence et le sexe
- T4.6 Taux nets de scolarisation au primaire (6-11ans) selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T4.7 Pourcentage de la population âgée de 6 à 14 ans n'ayant jamais fréquenté l'école selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T4.8 Pourcentage d'enfants inscrits à l'école primaire ayant dépassé l'âge de 14 ans selon la province et le milieu de résidence

- T4.9 Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 14 ans ne fréquentant pas l'école selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T4.10 Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 14 ans ne fréquentant pas l'école selon le motif donné et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T4.11 Taux de rendement interne du système scolaire
- T4.12 Pourcentage d'enfants entrant en 1^{ère} année d'enseignement primaire et qui atteignent la 5^{ème} année selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T4.13 Taux brut de transition de l'enseignement primaire à l'enseignement secondaire
- T4.14 Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus ne sachant ni lire ni écrire selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T4.15 Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus selon le niveau d'instruction atteint, le milieu de résidence et le sexe
- T4.16 Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus n'ayant jamais fréquenté l'école

CHAPITRE 5

- T5.1 Répartition (en %) des femmes âgées de 15 - 49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois selon le type de personnel dispensant des soins prénatals et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T5.2 Répartition (en %) des femmes âgées de 15 - 49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois par type de personnel ayant assisté la femme à l'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T5.3 Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée durant les 15 derniers jours et ont reçu une SRO ou TRO selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T5.4 Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans ayant fait la diarrhée au cours des 15 jours précédant l'enquête, qui ont reçu plus de liquides et ont continué à manger durant l'épisode de diarrhée selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T5.5 Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans ayant eu des IRA au cours des 15 jours précédant l'enquête, qui ont été traités par les fournisseurs de services de santé selon certaines caractéristiques socio-démographiques

- T5.6 Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans ayant fait la fièvre au cours des 15 jours précédant l'enquête selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T5.7 Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans qui ont dormi sous une moustiquaire durant la nuit précédant l'enquête selon les caractéristiques socio-démographiques
- T5.8 Répartition (en %) des personnes en charge d'enfants âgés de moins de 5 ans qui connaissent au moins 2 signes pour chercher immédiatement des soins de santé selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T5.9 Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans malades au cours des 15 jours précédant l'enquête qui ont reçu plus de liquide et ont continué à manger durant l'épisode de maladie selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T5.10 Pourcentage d'enfant de moins de 5 ans ayant souffert de la toux et/ou de la fièvre au cours des 15 jours précédant l'enquête, placés sous automédication ou ayant fréquenté le guérisseur traditionnel, selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T7.2 Prévalence de la malnutrition aiguë (poids pour taille) chez les enfants de moins de 5 ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T7.3 Prévalence de la malnutrition aiguë (poids pour taille en tenant compte des oedèmes) chez les enfants de moins de 5 ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T7.4 Prévalence de l'insuffisance pondérale (poids pour âge) des enfants de moins de 5 ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T7.5 Répartition (en %) des mères non enceintes selon l'indice de masse corporelle (IMC) et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T7.6 Proportion d'enfants de moins de 5 ans mal nourris selon l'état nutritionnel des mères
- T7.7 Pourcentage d'enfants de moins de 2 ans selon la pratique d'allaitement et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T7.8 Répartition (en %) des enfants de moins de 2 ans selon la pratique d'allaitement maternel et de consommation d'aliments, et l'âge
- T7.9 Pourcentage d'enfants nés au cours des 12 derniers mois avec un poids inférieur à 2.500 grammes selon certaines caractéristiques socio-démographiques

CHAPITRE 6

- T6.1 Répartition (en %) des enfants de 12-23 mois selon la disponibilité de la carte de vaccination au moment de l'enquête
- T6.2 Pourcentage d'enfants âgés de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance
- T6.3 Distribution (en %) des enfants de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance cibles du PEV selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T6.4 Evolution de la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois avant leur premier anniversaire (1991 à 2001)
- T6.5 Couverture vaccinale (en %) contre le tétanos des mères d'enfants de moins de 12 mois
- T6.6 Couverture (en %) par le vaccin polio des enfants de 12 à 23 mois au cours des JNV/2000 selon le milieu de résidence et la province
- T7.10 Pourcentage d'enfants nés au cours des 12 derniers mois selon l'estimation par les mères de leur poids à la naissance et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T7.11 Répartition (en %) des ménages selon la disponibilité du sel iodé et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T7.12 Pourcentage des mères avec une naissance vivante au cours des 12 derniers mois ayant reçu une dose de vitamine A avant que l'enfant n'atteigne 8 semaines
- T7.13 Répartition (en %) des enfants âgés de 6 - 59 mois selon qu'ils ont reçu une dose élevée de vitamine A dans les 6 ou 12 derniers mois, et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T7.14 Répartition (en %) des enfants de 0-5 ans possédant une fiche de croissance par caractéristiques socio-démographiques
- T7.15 Répartition (en %) des enfants de 0-59 mois pesés au moins une fois durant les 3 derniers mois selon certaines caractéristiques socio-démographiques

CHAPITRE 7

- T7.1 Prévalence de la malnutrition chronique (taille pour âge) chez les enfants de moins de 5 ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques

CHAPITRE 8

- T8.1 Pourcentage des femmes de 15-49 ans connaissant les principaux moyens de prévention du VIH/SIDA
- T8.2 Pourcentage de femmes de 15-19 ans connaissant les principaux moyens de prévention du VIH/SIDA selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T8.3 Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont correctement identifié 3 conceptions erronées sur le VIH/SIDA
- T8.4 Proportion de femmes âgées de 15-49 ans ayant une bonne connaissance du VIH/SIDA
- T8.5 Proportion de femmes âgées de 15-49 ans qui connaissent les moyens de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T8.6 Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans qui ont eu des rapports sexuels occasionnels au cours des 12 derniers mois
- T8.7 Répartition (en %) des femmes ayant eu au moins un rapport sexuel occasionnel selon le nombre de partenaires
- T8.8 Pourcentage des femmes ayant eu au moins un rapport sexuel occasionnel dont le partenaire a utilisé le préservatif lors du dernier rapport
- T8.9 Pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels selon l'âge au premier rapport sexuel et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T8.10 Répartition (en %) des femmes en union âgées de 14-49 ans qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) actuellement une méthode contraceptive
- T9.5 Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans enregistrés à l'Etat civil selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T9.6 Pourcentage d'enfants de 5-14 ans non enregistrés à l'Etat civil selon les raisons du non-enregistrement et certaines caractéristiques socio-démographiques
- T9.7 Pourcentage d'enfants de 5-14 ans qui travaillent actuellement selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T9.8 Répartition (%) des enfants de 5 à 14 ans ayant travaillé pour une personne non-membre du ménage selon le type de travail exercé
- T9.9 Répartition (%) des enfants de 5-14 ans ayant travaillé pour une personne non-membre du ménage selon que le travail était rémunéré ou non.

CHAPITRE 9

- T9.1 Pourcentage d'enfants avec handicap selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T9.2 Pourcentage d'enfants souffrant d'un handicap quelconque selon les différentes causes
- T9.3 Pourcentage d'enfants de 0-14 ans qui ne vivent pas dans les ménages avec un parent biologique selon certaines caractéristiques socio-démographiques
- T9.4 Pourcentage d'enfants de 0-14 ans orphelins vivant dans les ménages selon certaines caractéristiques socio-démographiques

LISTE DES GRAPHIQUES

CHAPITRE 2

- Graphique 2.1. Pourcentage de ménages selon le nombre de personnes par chambre à coucher
- Graphique 2.2. Pourcentage de ménages selon le type de matériau du sol
- Graphique 2.3. Pourcentage de ménages selon le type de matériau des murs
- Graphique 2.4. Pourcentage de la population ayant accès à une eau de boisson salubre par province
- Graphique 2.5. Pourcentage de la population ayant accès à l'eau de boisson de qualité dans les 15 minutes
- Graphique 2.6. Pourcentage de la population utilisant des toilettes hygiéniques par province
- Graphique 2.7. Pourcentage de ménages selon le nombre de repas consommés par jour
- Graphique 2.8. Niveau de l'indice de développement humain

CHAPITRE 3

- Graphique 3.1. Pyramide des âges de la population totale
- Graphique 3.2. Pyramide des âges de la population urbaine
- Graphique 3.3. Pyramide des âges de la population rurale
- Graphique 3.4. Répartition (en %) de la population de 15 ans et plus par état matrimonial
- Graphique 3.5. Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence (femmes de 15-49 ans)
- Graphique 3.6. Proportion de femmes de 15 à 19 ans qui sont mères par province
- Graphique 3.7. Quotient de mortalité infantile et infanto-juvénile selon la province

CHAPITRE 4

- Graphique 4.1. Taux nets d'admission en 1^{ère} année primaire par province
- Graphique 4.2. Evolution des taux net d'admission par sexe
- Graphique 4.3. Pourcentage d'enfants selon l'âge d'entrée au primaire
- Graphique 4.4. Evolution des taux nets de scolarisation
- Graphique 4.5. Taux de promotion selon les années d'étude et le sexe
- Graphique 4.6. Taux d'analphabétisme selon la province

CHAPITRE 5

- Graphique 5.1. Couverture des soins prénatals
- Graphique 5.2. Evolution de la couverture des soins prénatals de 1998 à 2001
- Graphique 5.3. Evolution de la couverture des accouchements assistés de 1998 à 2001
- Graphique 5.4. Prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans selon l'âge
- Graphique 5.5. Prévalence des IRA par âge
- Graphique 5.6. Prévalence de la fièvre selon la province
- Graphique 5.7. Connaissances des signes clés de maladie par les personnes en charge d'enfants
- Graphique 5.8. Pourcentage d'enfants ayant pris plus de liquide et qui ont continué à manger durant l'épisode de maladie selon la province

CHAPITRE 6

- Graphique 6.1. Pourcentage d'enfants âgés de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance cibles du PEV à quelque moment que ce soit
- Graphique 6.2. Pourcentage d'enfants de 12-23 mois actuellement vaccinés contre le DTCoq3 selon le niveau de pauvreté
- Graphique 6.3. Pourcentage d'enfants de 12-23 mois actuellement vaccinés contre le DTCoq3 selon la province
- Graphique 6.4. Evolution de la couverture vaccinale depuis 1991
- Graphique 6.5. Couverture vaccinale (en %) contre le tétanos des femmes avec enfants de 0 à 11 mois par province

CHAPITRE 7

- Graphique 7.1. Malnutrition chronique selon l'âge des enfants
- Graphique 7.2. Malnutrition aiguë selon l'âge des enfants
- Graphique 7.3. Evolution de la malnutrition aiguë avec oedèmes
- Graphique 7.4. Insuffisance pondérale selon l'âge des enfants
- Graphique 7.5. Indice de masse corporelle des mères selon la province
- Graphique 7.6. Indice de masse corporelle des mères selon le niveau de pauvreté des ménages
- Graphique 7.7. Pratique d'allaitement continu selon le niveau de pauvreté des ménages
- Graphique 7.8. Supplémentation des mères en vitamine A
- Graphique 7.9. Supplémentation des mères en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois selon la province

CHAPITRE 8

- Graphique 8.1. Pourcentage de femmes de 15-49 ans connaissant les moyens de prévention du VIH/SIDA selon le niveau d'instruction
- Graphique 8.2. Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant une bonne connaissance du VIH/SIDA selon la province
- Graphique 8.3. Pourcentage de femmes dont le partenaire a utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel occasionnel selon le niveau d'instruction
- Graphique 8.4. Pourcentage de femmes de 15-49 ans selon l'âge au premier rapport sexuel et le niveau d'instruction

CHAPITRE 9

- Graphique 9.1. Causes du handicap chez l'enfant
- Graphique 9.2. Proportion d'orphelins de père par province
- Graphique 9.3. Taux d'enregistrement des naissances par province
- Graphique 9.4. Raisons du non-enregistrement des naissances

ABREVIATIONS

CEPLANUT	:	Centre National de Planification de Nutrition Humaine
CNECI	:	Caisse Nationale d'Epargne et de Crédit Immobilier
ELS	:	Enquête sur l'Etat des lieux du Secteur de la Santé (1998)
ENHAPSE	:	Enquête Nationale sur l'Habitat et le Profil socio-économique des ménages en milieu urbain en 1999
ENSEF	:	Enquête Nationale sur la Situation des Enfants et des Femmes au Zaïre en 1995 (MICS1)
INS	:	Institut National de la Statistique
IRA	:	Infections Respiratoires Aiguës
IRES	:	Institut de Recherches Economiques et Sociales
MICS2	:	Multiple Indicators Cluster Survey 2001 ou Enquête Nationale sur la Situation des Enfants et des Femmes en RDC en 2001
ONATRA	:	Office National de Transport
ONL	:	Office National de Logement
RNDH	:	Rapport National sur le Développement Humain 2000
SNU	:	Système des Nations Unies
STP	:	Secrétariat Technique Permanent de MICS2
STT	:	Secrétariat Technique Temporaire de MICS2
TDCI	:	Troubles dus à la Carence en Iode
PCIME	:	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PREFACE

La République Démocratique du Congo (RDC) a ratifié le 27-09-1990, soit une année après son adoption par la communauté internationale au Sommet Mondial pour les Enfants (SME), la Convention relative aux Droits des Enfants (CDE). Par cette signature, la RDC s'engageait non seulement à améliorer la situation des enfants et des femmes de ce pays, mais aussi à suivre les progrès réalisés par rapport à cette situation depuis le SME jusqu'à la fin de la décennie en 2000.

Dans ce cadre, la RDC a réalisé en 1995 l'Enquête Nationale sur la Situation des Enfants et des Femmes (MICS1) en vue de mesurer les progrès réalisés à mi-chemin par rapport aux recommandations du SME. Les résultats ont été utilisés dans l'élaboration de plusieurs projets et programmes et la réalisation d'autres études sur les enfants et les femmes de la RDC, notamment pour corriger la situation catastrophique qu'ils avaient mise en exergue. L'Enquête MICS2, prévue dans le programme de coopération 2000-2002 conclu en novembre 1999 entre le Gouvernement de la RDC et l'UNICEF permet d'évaluer, les résultats que ces programmes ont obtenus et les progrès accomplis depuis 1995. Le rapport de cette enquête montre que la situation des enfants et des femmes congolais s'est dramatiquement détériorée depuis 1995. Il met donc à la disposition du Gouvernement et autres partenaires au développement de notre pays des données de qualité, pertinentes et représentatives de l'ensemble de la population qu'il faudra absolument prendre en compte lors de l'élaboration des prochains programmes pour améliorer la situation.

L'Enquête MICS2 a été réalisée dans des conditions très complexes, au moment où le pays est ravagé par des conflits armés. Mais conscients de la nécessité de cette enquête, tous ont permis aux enquêteurs et enquêtrices de circuler à travers l'ensemble du territoire national pour collecter les données. Non sans risques, évidemment ! C'est pourquoi, la publication de ce rapport doit être considérée comme une preuve de la détermination des filles et fils de ce pays et de nos partenaires extérieurs, de nous dépasser, d'aller au-delà de ce qui nous divise et de conjuguer nos efforts pour contribuer à la reconstruction et au développement de notre pays.

Nous remercions donc tous les membres du Comité de pilotage et du Secrétariat technique, les enquêteurs, les agents de saisie ainsi que toutes les institutions et personnes qui ont œuvré à la réalisation de cette enquête. Que nos partenaires qui ont apporté sans faille leur soutien financier pour la réalisation de ce travail, à savoir l'UNICEF et l'USAID, trouvent ici l'expression de nos remerciements. Enfin, nous exprimons notre gratitude aux différents ministères et organismes nationaux et internationaux qui ont délégué leurs experts au Comité de pilotage et au Secrétariat technique pour que cette enquête soit réussie. Nos remerciements s'adressent enfin à toutes les familles congolaises qui se sont exprimées dans cette enquête.

Le Ministre du Plan et de la Reconstruction

Denis Kalume Numbi

AVANT - PROPOS

A l'instar d'autres pays du monde, la République Démocratique du Congo (RDC) a participé au Sommet Mondial pour les Enfants (SME) tenu à New York en 1990 et a ratifié la Convention relative aux Droits des Enfants (CDE). La réalisation des enquêtes MICS constituant une des mesures pour le suivi de la mise en œuvre de la CDE, la RDC se trouve parmi les quatorze pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre ayant mené une Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) à la fin de la décennie 90.

L'Enquête MICS2 sur la situation des enfants et des femmes en RDC aura été l'une des activités majeures du programme de coopération RDC/UNICEF 2000-2002. Cette enquête a été réalisée en vue de fournir les données statistiques nécessaires à l'évaluation des progrès accomplis dans l'atteinte des objectifs du SME depuis la première enquête MICS1 menée en 1995. Ces statistiques serviront aussi à l'élaboration du programme de coopération 2003-2005 et, je l'espère, seront utiles aux décideurs et planificateurs œuvrant en faveur des enfants et des femmes.

L'UNICEF a apporté au Gouvernement de la RDC l'appui financier nécessaire pour la bonne réalisation de cette enquête. Il a mis en place, avec le Gouvernement, le cadre organisationnel approprié pour y parvenir. Un Comité de pilotage, représentant les utilisateurs des données de l'enquête, a été chargé de décider des orientations clés et de valider les options prises par le Secrétariat technique. Celui-ci a été mis sur pied et soutenu techniquement pour exécuter toutes les phases de l'enquête, depuis la préparation jusqu'à la rédaction du rapport, en passant par la délicate phase de collecte des données sur le terrain. Pour cette phase, des stratégies de communication et de mobilisation sociale ciblées ont été appliquées pour réussir l'enquête sur tout le territoire national, à la fois très étendu et en situation d'insécurité. De manière continue, le Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (Abidjan) ainsi que la Division des Politiques et de la Planification (New York) de l'UNICEF ont contribué à la qualité technique. L'appui de l'UNICEF a été complété par celui de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), dans le but de renforcer le volet de l'enquête sur la couverture vaccinale en RDC.

L'UNICEF se réjouit du fait qu'une enquête nationale sur la situation des enfants et des femmes ait pu se réaliser en RDC. La qualité des données recueillies prouve qu'un grand défi vient d'être relevé, grâce à l'implication totale du Gouvernement et des membres du Comité de pilotage, au professionnalisme du Secrétariat technique et à la détermination de toute l'équipe des superviseurs et enquêteurs. Puissent les résultats de cette enquête convaincre les uns et les autres de la gravité de la situation que traversent les enfants et les femmes de la RDC, et être pris en compte pour l'élaboration de programmes et stratégies efficaces et pour une allocation des ressources financières en faveur des plus vulnérables.

Je conclurai en remerciant le Gouvernement, l'USAID, les agences sœurs du système des Nations Unies, les partenaires de développement et toutes les personnes sans qui cette enquête n'aurait jamais pu être réalisée.

Gianfranco ROTIGLIANO



Représentant de l'UNICEF en RDC

REMERCIEMENTS

Des centaines de personnes ont été impliquées dans la réalisation de l'enquête MICS2. Qu'il nous soit permis de les remercier tous globalement. Mais nous pensons spécialement à l'équipe de terrain, les 28 superviseurs, 38 assistants de supervision et 285 enquêtrices et enquêteurs qui ont sillonné tout le pays et sont revenus avec des données sûres. Ce sont ces hommes et femmes de terrain qui ont vaincu les innombrables obstacles et permis que le pari de MICS2 soit gagné. Une pensée toute particulière s'adresse à notre ami superviseur feu M. Ikete Ebale Beloti qui nous a quitté en pleine supervision de son pool.

Nous pensons aussi à tous les membres du Comité de pilotage, à commencer par son Président, Son Excellence M. le Ministre du Plan et de la Reconstruction, pour leur engagement et leur contribution déterminante sur les plans technique et de la mobilisation sociale. Parmi les nombreux partenaires, nous remercions les agences du Système des Nations Unies, notamment la MONUC ; les leaders religieux catholiques, protestants, kimbanguistes, musulmans et orthodoxes ; les ONGs œuvrant pour les enfants de la RDC ; les Autorités provinciales et des districts ; les Chefs des secteurs, des villages et des quartiers et, plus que tout, les plus de dix mille familles qui ont répondu aux enquêteurs.

Que les cadres de la Direction des Secteurs Sociaux, M. Matondo kwa Nzambi et Mme Nkoy Insilo, qui ont géré l'enquête pour le compte du Ministère du Plan et de la Reconstruction, soient remerciés pour leur collaboration et dévouement. De même, nous remercions M. Martin Mongwanja, Représentant de l'UNICEF en RDC durant les phases décisives de l'enquête, et tous les membres de la section Planification sociale (Mme Claudine Van Remoortere et MM. Jan Scholten, Doudou Luemba et Simon Dinkala) qui ont mis à notre disposition toutes les facilités matérielles utiles. Et que M. Abdoulaye Sadio du Bureau de l'UNICEF à Abidjan et M. Diakhate Ngagne, Consultant MICS à l'UNICEF à New York soient remerciés pour leur précieux apport lors de l'enquête pilote, de la production des tableaux statistiques et de la finalisation du rapport de l'enquête.

Nos remerciements vont aussi aux 10 membres du Secrétariat Technique temporaire, et particulièrement à M. A. Kinavwidi Niwembo ; aux 11 vérificateurs et enfin aux 32 agents de saisie. Ont aussi fait partie de l'équipe MICS2 MM. Mbuta Nkangi, Willy Kabangu Mbwebwe et Désiré Mvumbi Mvindu pour la mise en page du rapport, et Mme Nlandu Nsiona, notre secrétaire.

Le Secrétariat technique s'est évertué à fournir aux décideurs et chercheurs des résultats d'une très bonne qualité scientifique. Il est certain, néanmoins, que plusieurs zones d'ombre subsistent encore pour lesquelles des analyses approfondies devront être menées. Par ailleurs, la richesse des données collectées par MICS2, dont le coût financier fut très élevé, nécessite que leur conservation se fasse précieusement et que d'autres chercheurs et organismes puissent y avoir accès, afin de rentabiliser au maximum l'investissement réalisé. L'enquête a, en effet, suscité beaucoup d'espoirs auprès de la population enquêtée. Celle-ci attend que les informations qu'elle a livrées sur sa situation donnent lieu à des programmes pertinents pour l'amélioration de ses conditions de vie désormais bien connues.

Prof. B. LUTUTALA MUMPASI
Directeur du projet

S. MAKAYA MBENZA
Démographe

F. BIKANGI NKIABUNGU
Informaticien

A. KALENDI
Coordonnateur de
la Cellule de l'Est

H. MASALA LOKA
Chargé de la logistique

SECRETARIAT TECHNIQUE PERMANENT

INTRODUCTION

1. CONTENU DU RAPPORT

Ce rapport sur les résultats de la deuxième Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS2⁽¹⁾) est le second (Volume II) de quatre documents. Le premier document (Volume I) présente la synthèse des résultats. Le troisième document (Volume III) expose en détails la démarche méthodologique. Le quatrième document (Volume IV), appelé Journal de terrain, relate les expériences, originales, qui ont permis de réussir cette enquête dans le contexte particulier de conflit en République Démocratique du Congo (RDC).

Le contenu du rapport est le suivant :

- chapitre 1 : Méthodologie de l'enquête et qualité des données
- chapitre 2 : Cadre de vie des ménages
- chapitre 3 : Caractéristiques socio-démographiques de la population
- chapitre 4 : Education
- chapitre 5 : Santé des mères et des enfants
- chapitre 6 : Couverture vaccinale des enfants et des mères
- chapitre 7 : Nutrition des enfants et des mères
- chapitre 8 : VIH/SIDA et santé de la reproduction
- chapitre 9 : Protection des enfants
- conclusion.

Le projet MICS2 a duré 18 mois, soit d'octobre 2000 à avril 2002. La collecte proprement dite a été menée d'avril à octobre 2001, soit pendant 6 mois, à travers l'ensemble du territoire national, c'est-à-dire dans toutes les provinces du pays, y compris celles situées dans les territoires dits occupés. L'enquête a touché un échantillon de 8.704 ménages, dont 8.622 ont été effectivement interviewés par 289 enquêteurs à travers les 300 sites de base sélectionnés en milieu rural (206 sites) et en milieu urbain (94 sites). A ces sites de base se sont ajoutés 65 sites complémentaires, soit 1.704 ménages, pour permettre de collecter les données de couverture vaccinale sur un échantillon plus grand d'enfants en vue d'une représentativité par province. En effet, l'enquête MICS2 inclut l'enquête sur la couverture vaccinale prévue en 2001 par le Programme Elargi de Vaccination (PEV) avec le financement de l'USAID.

Les données collectées par cette enquête permettent de mesurer tous les indicateurs du Sommet Mondial pour les Enfants (SME), mais aussi d'autres qui n'étaient pas calculés en 1995, à savoir les indicateurs supplémentaires pour le suivi de l'initiative de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME) et du paludisme, les indicateurs supplémentaires pour le suivi du VIH/SIDA, ainsi que des indicateurs qui intéressent particulièrement la RDC. Les indicateurs sont désagrégés en fonction d'un certain nombre de facteurs : le milieu de résidence, la province, le niveau de pauvreté des ménages, le niveau d'instruction des femmes ou des mères, le sexe et l'âge. Il faut souligner que MICS2 est une des rares sources de données à présenter des résultats représentatifs jusqu'au niveau de la province. Ces données peuvent donc servir aux fins de planification régionale.

2. CONTEXTE INTERNATIONAL

L'Assemblée Générale des Nations Unies a adopté, le 20 novembre 1989, la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE). En septembre 1990, le Sommet Mondial pour les Enfants (SME) tenu à New-York, s'est engagé à améliorer d'une façon significative la situation des enfants

⁽¹⁾ MICS : Multiple Indicator Cluster Survey

dans le monde. Au cours de ce sommet, 159 pays ont adopté une Déclaration mondiale en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant et un Plan d'action pour la mise en œuvre de cette déclaration dans les années 90. Le Sommet ICAAC (International Conference on Assistance to African Children, Dakar 1992) a endossé, tout en les adaptant au contexte africain, les recommandations du SME.

Le Sommet Mondial pour les Enfants avait défini les objectifs intermédiaires à atteindre à la mi-décennie (1995) et ceux à réaliser à la fin de la décennie (2000). La réalisation des enquêtes MICS constitue une des mesures pour la mise en œuvre de la CDE. Ces enquêtes devaient surtout permettre de suivre les indicateurs sociaux relatifs au bien-être des enfants dans les pays où le système statistique national ne permet pas ce suivi de façon systématique.

Comme tous les pays signataires de la Déclaration mondiale en faveur des enfants, la RDC s'est engagée à suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du SME. En effet, elle a ratifié la CDE à travers l'ordonnance-loi n° 90-48 du 22 août 1990 et elle a mis en place, en 1992, un " Programme d'action national pour la survie, la protection et la promotion du couple mère-enfant au Zaïre d'ici l'An 2000 ".

C'est dans ce cadre que la RDC a réalisé en 1995 l'enquête MICS1 dénommée " Enquête Nationale sur la Situation des Enfants et des Femmes au Zaïre (ENSEF-ZAIRE/1995) " et qu'elle se trouve, avec la présente enquête MICS2, parmi les quatorze pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre⁽¹⁾ et la soixantaine de pays à travers le monde qui ont effectué une enquête MICS à la fin de la décennie.

3. CONTEXTE NATIONAL

La République Démocratique du Congo est le troisième pays le plus vaste d'Afrique, avec une superficie de 2.345.000 km². De par sa situation géographique, le pays recèle d'immenses ressources naturelles. En effet, situé à cheval sur l'équateur, le pays jouit d'un climat équatorial chaud, humide au centre et tropical vers le nord et le sud qui favorise une végétation dense, avec la moitié du pays couverte par les forêts, et l'autre par la savane. On estime que près de la moitié des ressources forestières d'Afrique se trouvent en RDC. La pluviométrie atteint jusqu'à 2.000 mm par an, à certains endroits; il pleut huit mois sur douze et pendant la saison sèche de quatre mois les températures peuvent descendre jusqu'à 10° dans certaines zones.

La RDC dispose, par ailleurs, d'une hydrographie dense : le fleuve Congo, long de 4.500 km, traverse le pays d'est en ouest pour se jeter dans l'Océan Atlantique, avec le second débit le plus fort au monde (30.000 m³ d'eau par seconde). Sur ce fleuve est érigé, à Inga, un des plus grands barrages hydroélectriques au monde. Le pays compte quinze lacs totalisant une superficie de plus de 180.000 km². Des affluents du fleuve Congo et des rivières, navigables pour la plupart, offrent d'énormes possibilités pour le transport fluvial. Quant au sous-sol, il regorge de ressources minières telles que la RDC est qualifiée de scandale géologique.

En dépit de ces potentialités, la population congolaise est loin de jouir de ce " paradis ", du fait d'une mal gouvernance dont souffre le pays. En effet, depuis 1975, la RDC connaît une crise économique qui n'a pas cessé de s'accroître. Le Produit Intérieur Brut, par exemple, a connu des taux de croissance négatifs sur toute la décennie 90 : - 6,6% en 1990 et - 14% en 1999 (PNUD, 2001). Cette contre-performance économique résulte ou s'accompagne de plusieurs maux : hyper-inflation; baisse drastique de la production et des investissements; instabilité monétaire; faiblesse des recettes budgétaires; désordre des finances publiques; détérioration des infrastructures publiques, dont les routes; dégradation des connaissances et des compétences des ressources humaines; effondrement de la production agricole (SNU, 2001). Tous les indicateurs macro-économiques montrent que la

⁽¹⁾ Cameroun, République Centre Africaine, Tchad, République Démocratique du Congo, Côte d'Ivoire, Guinée Equatoriale, Gambie, Guinée Bissau, Niger, Nigeria, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Sierra Léone et Togo.

situation a continué de s'empirer jusqu'en 2001, même si l'on observe une légère amélioration depuis 1998.

A l'époque de l'enquête MICS1, la RDC souffrait durement des désordres occasionnés par les " massacres " des étudiants de l'Université de Lubumbashi, l'arrêt de la coopération internationale qui en a résulté, les pillages (1991 et 1993), le blocage des travaux de la Conférence Nationale Souveraine (CNS), le massacre des chrétiens revendiquant la réouverture des travaux de la CNS (16 février); bref des effets du blocage du processus de démocratisation lancé le 24 avril 1990. La RDC était encore en train de bâtir ou de rechercher un ordre politique nouveau. Depuis lors, la situation politique demeure instable et préoccupante. Les espoirs suscités par l'arrivée au pouvoir de l'Alliance des Forces Démocratiques pour la Libération du Congo (AFDL), à la suite de la guerre de libération de 1997, ont été anéantis par la guerre d'agression dont le pays est victime depuis 1998. Les guerres ont provoqué près de 2 millions de déplacés (OCHA, SNU, 2001), l'insécurité alimentaire, l'insécurité en général, les restrictions à la libre circulation des personnes et des biens, des tentatives de partition du pays, etc. Au moment de la collecte des données, la RDC était " divisée en au moins 4 administrations politico-administratives plus ou moins autonomes " (SNU, 2001), malgré des tentatives des acteurs politiques à réunifier le pays et à mettre fin à la guerre.

La déliquescence de l'économie du pays et les troubles politiques ont conduit à la détérioration des conditions de vie des populations congolaises. Ainsi, l'indicateur de développement humain (IDH) connaît une régression de 1,7% l'an en moyenne depuis 1990. Il est estimé à 0,455 en 1998 et classe la RDC parmi les pays les plus pauvres du monde (PNUD, 2001). Le pouvoir d'achat de la population, mesuré en termes de salaires réels, ne représentait que 1,7% du niveau normal de salaires⁽¹⁾ pour le fonctionnaire de l'administration publique le plus gradé.

C'est dans ce contexte que l'enquête MICS2 a été réalisée et qu'il faudra apprécier la situation socio-démographique des enfants et des femmes que décrivent les résultats de cette enquête.

4. OBJECTIFS DE L'ENQUETE

Les résultats de la première enquête MICS1 avaient démontré que la situation des enfants et des femmes du pays était nettement en deçà de ce que visaient les objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants. Ils avaient mis en exergue la situation suivante qui caractérisait les enfants et les femmes (MICS1, 1995) :

- une mortalité infantile et juvénile élevée voire à la hausse ;
- une prévalence élevée des diarrhées chez les enfants de moins de 5 ans avec cependant une faible utilisation de la Thérapie par Réhydratation Orale;
- une faible couverture vaccinale accusant même une tendance à la baisse ;
- une prévalence élevée de la malnutrition sous toutes ses formes ;
- une faible consommation du sel iodé dans les ménages ;
- une faible alphabétisation des adultes, surtout des femmes et une scolarisation des enfants du primaire encore plus faible, avec une déperdition scolaire très élevée, etc.

Cinq ans plus tard, l'enquête MICS2 devait poursuivre l'évaluation des progrès par rapport aux objectifs du SME.

4.1. Objectif spécifique

L'objectif de l'enquête MICS2 est de mettre à la disposition des responsables politiques et des gestionnaires de programmes en RDC, de la communauté internationale ainsi que des institutions de recherche, des données pertinentes et de qualité, représentatives au niveau national et permettant d'apprécier, à la fin de la décennie 1990-2000, les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants.

⁽¹⁾ Ce niveau a été estimé à 622 USD par mois en 1997 à la suite d'une enquête sur les prix des biens sur les marchés de Kinshasa.

4.2. Objectifs globaux

La réalisation de l'enquête MICS2 vise à contribuer à :

- améliorer le respect des droits des enfants ;
- améliorer la pertinence des politiques et programmes en faveur des enfants et des femmes ;
- augmenter les allocations de ressources et des financements en faveur des enfants et des femmes ;
- mieux faire connaître la situation des enfants et des femmes de la RDC ;
- suivre les indicateurs sociaux relatifs au bien-être des enfants et des femmes en RDC ;
- renforcer les capacités individuelles et institutionnelles en matière de recherche socio-économique concernant les enfants et les femmes.

5. CADRE INSTITUTIONNEL

Comme pour MICS1, le Ministère du Plan et de la Reconstruction est l'organe gouvernemental d'exécution de MICS2. Le Gouvernement réalise cette enquête avec l'appui technique et financier du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et l'appui financier de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID).

Pour la réalisation de l'enquête MICS2, les structures ci-après ont été mises en place:

- le Comité de pilotage ;
- la Cellule de suivi et évaluation ;
- le Secrétariat technique permanent ;
- le Secrétariat technique temporaire ;
- la Cellule de l'Est.

Le Comité de pilotage représente les bénéficiaires directs des résultats de l'enquête et est composé de représentants des ministères et institutions para-étatiques, des Agences de Nations Unies, d'ONG nationales et internationales, d'Universités et Centres de recherche, impliqués dans des actions en faveur des enfants et des femmes. Présidé par le Ministre du Plan et de la Reconstruction, ce comité a un rôle consultatif et d'orientation. Le Comité de pilotage participe aux décisions essentielles de l'enquête et donne l'appui opérationnel nécessaire pour sa réalisation efficace.

La Cellule de suivi et évaluation est composée du représentant du Ministère du Plan et de la Reconstruction et de l'Administrateur du programme Planification Sociale de l'UNICEF. Elle veille au bon déroulement du projet et fournit au Secrétariat technique permanent le feedback concernant ses réalisations.

Le Secrétariat technique permanent est composé de 4 experts : le directeur de projet (démographe), un second démographe, un logisticien et un informaticien. Ce noyau gère la mise en œuvre de tout le processus de MICS2 du point de vue de la planification, de l'organisation pratique, des aspects techniques, financiers, administratifs et logistiques.

Le Secrétariat technique temporaire est composé de 10 experts mis à disposition par des ministères et organismes étatiques. Ils sont spécialistes dans les domaines ci-après : démographie, éducation, sondage, santé publique, nutrition, sociologie, travail des enfants, couverture vaccinale, "gender", économie, et communication. Les membres du Secrétariat technique temporaire apportent le support technique nécessaire dans leurs domaines respectifs pour préparer et exécuter une enquête de haute qualité, y compris la supervision de l'enquête sur le terrain.

La Cellule dite " de l'Est ", mise en place à Goma, assure la mobilisation sociale et coordonne les opérations de terrain dans cette partie du territoire sous occupation. Elle se compose de trois experts : un coordonnateur, un spécialiste en communication et un logisticien.

Ce chapitre présente la démarche méthodologique de l'enquête ainsi que les outils utilisés. Le lecteur soucieux d'en savoir plus trouvera les détails dans le volume III du rapport MICS2.

Les 9 sections ci-dessous exposent les choix méthodologiques (section 1.1), la méthode d'échantillonnage (section 1.2), le plan de communication et de mobilisation sociale (section 1.3), les outils de collecte (section 1.4), la préparation matérielle et logistique (section 1.5), le recrutement, la formation et le déploiement sur le terrain (section 1.6), la collecte des données (section 1.7) et l'exploitation des données (section 1.8). La section 1.9 traite de la qualité des données collectées et des erreurs de sondage.

1.1. CHOIX METHODOLOGIQUES

L'approche méthodologique suivie a eu comme fondement la démarche décrite dans le manuel de référence pour les enquêtes à indicateurs multiples élaboré par l'UNICEF⁽¹⁾. Tous les choix propres à la RDC ont été faits par le Secrétariat technique permanent (STP) en accord avec le Comité de pilotage, le Ministère du Plan et de la Reconstruction et l'UNICEF (Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre).

1.1.1. Taille de l'échantillon et méthode d'échantillonnage

La taille de l'échantillon visée devait être essentiellement fonction de la représentativité des indicateurs et de la précision recherchée, tout en maintenant l'enquête dans des limites acceptables de temps et de budget. Ainsi, l'option prise fut celle d'un échantillon qui fournit des indicateurs représentatifs au niveau national (tous) et au niveau provincial (un grand nombre), avec une marge d'erreur ne dépassant pas 10%.

Par ailleurs, le sondage par grappes devrait être la méthode d'échantillonnage pour MICS2. Mais il n'existe pas actuellement de grappes homogènes selon la taille en RDC. Il aurait fallu les constituer. Etant donné les difficultés réelles de procéder au découpage du pays en grappes homogènes en peu de temps et à frais raisonnables vu l'étendue du territoire national, un sondage à plusieurs degrés, stratifié a priori au niveau des unités primaires, a été adopté comme méthode d'échantillonnage pour MICS2. Avec une grande taille et une grande dispersion de l'échantillon, cette méthode permet d'avoir des estimateurs représentatifs de la population. C'est la même méthode qui a été utilisée lors de l'enquête MICS1 en 1995.

1.1.2. Choix des indicateurs

Avant d'arrêter la liste des indicateurs à produire par MICS2, une revue des statistiques nationales relatives à la situation socio-sanitaire des enfants et des femmes a été réalisée. Cette revue a montré que la plupart des données existantes sont fragmentaires et très localisées et ne sont donc pas appropriées pour calculer les indicateurs des progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants à la fin de la décennie 1990-2000.

Outre les 37 indicateurs relatifs aux objectifs du SME et les 11 indicateurs supplémentaires pour le suivi des droits de l'enfant, le suivi de l'initiative de PCIME et du paludisme et le suivi du VIH/SIDA (indicateurs de base), le Comité de pilotage de l'enquête a identifié et défini 35 autres indica-

⁽¹⁾ Manuel sur l'Enquête à Indicateurs Multiples : Résultats de la fin de la décennie - UNICEF 2000

teurs susceptibles de décrire la situation des enfants et des femmes en RDC (indicateurs additionnels). Ils concernent l'éducation, la santé, la sécurité alimentaire, le cadre et le niveau de vie des ménages, le droit des enfants et la santé de la reproduction. Au total 83 indicateurs ont été retenus, dont la liste est reprise en annexe 1.

1.1.3. Stratégie de collecte des données de l'enquête

Pour assurer la qualité de la collecte des données, la stratégie a consisté à décentraliser les foyers de gestion de l'enquête afin d'être le plus proche possible des sites d'exécution : 28 pools, regroupant de 5 à 23 sites en fonction de l'accessibilité, et gérés chacun par un superviseur, furent les centres de recrutement et de formation des enquêteurs et assistants de supervision, de déploiement vers les sites et de contrôle de la bonne marche de toutes les opérations de terrain. Un point fort de cette décentralisation a été de s'appuyer sur " un point focal " dans chaque pool, haut fonctionnaire du Gouvernement chargé de faciliter l'intégration du superviseur.

Compte tenu de la situation de guerre et de l'existence concomitante de plusieurs administrations sur le territoire national, cette stratégie a été mise en œuvre de façon différenciée dans les parties Ouest et Est du pays : les superviseurs de l'Ouest furent recrutés à Kinshasa, tandis que ceux de l'Est l'ont été au siège de leur pool, chef lieu de province ou ville principale où ils sont bien connus par les autorités locales. La Cellule de coordination de l'Est à Goma secondait le Secrétariat technique dans cette partie du territoire où il ne pouvait circuler facilement et où une approche spécifique de la mobilisation sociale devait être adoptée.

1.2. ECHANTILLONNAGE

Cette section présente la méthode d'échantillonnage utilisée (les unités de sondage, les bases de sondage, la taille de l'échantillon, la méthode de tirage des unités) et montre la dispersion de l'échantillon enquêté.

1.2.1. Méthode d'échantillonnage

Comme indiqué auparavant, le sondage à plusieurs degrés, stratifié a priori au niveau des unités primaires, a été adopté comme méthode d'échantillonnage. L'ensemble du territoire national a été découpé en deux strates : la strate urbaine et la strate rurale. La strate urbaine est subdivisée en deux sous-strates : le milieu urbain (villes statutaires) et le milieu semi-urbain (cités statutaires). Aucune stratification explicite n'a été faite au niveau des provinces, dans la mesure où la répartition géographique du pays par province constitue en elle-même une stratification implicite.

1.2.1.1. Unités de sondage

Pour chaque strate et chaque niveau de tirage, les unités de sondage suivantes ont été définies :

- Milieu urbain et semi-urbain (villes statutaires et cités)
 - au premier degré : unités primaires (UP) = les quartiers
 - au second degré : unités secondaires (US) = les parcelles habitées
- Milieu rural
 - au premier degré : unités primaires (UP) = les collectivités
 - au second degré : unités secondaires (US) = les villages
 - au troisième degré : unités tertiaires (UT) = les unités d'habitation

Le quartier, la collectivité (ou secteur) et le village retenus respectivement comme unité primaire et unité secondaire sont des entités administratives clairement définies par l'ordonnance - loi n° 82 - 006 du 25/02/1982. Tandis que la parcelle habitée et l'unité d'habitation se définissent comme des portions de terrain bien délimitées construites et habitées par au moins un ménage au moment de l'interview.

1.2.1.2. Bases de sondage

En milieu urbain et semi-urbain, la base de sondage des unités primaires est constituée par la liste des 660 quartiers des 17 villes et celle des 931 quartiers des 26 grandes cités et 150 petites cités. En milieu rural, la base de sondage des unités primaires est la liste des 737 collectivités réparties par district et province; celle des unités secondaires est la liste des villages des collectivités échantillons. Une actualisation de ces listes a été réalisée par confrontation des données issues du Recensement Scientifique de 1984 (INS, 1992) à celles obtenues dans le cadre du projet d'enquête avec l'appui des entités administratives décentralisées et des sous-bureaux UNICEF, afin de disposer d'une base de sondage exhaustive et fiable, permettant de tirer un échantillon représentatif.

Quant aux bases de sondage des unités de l'échantillon final (parcelle habitée et unité d'habitation), elles sont constituées des listes exhaustives des parcelles habitées des quartiers échantillonnés ou des unités d'habitation des villages tirés au second degré. Ces listes ont été constituées à partir d'une opération dénommée " relevé parcellaire ou relevé des unités d'habitation ".

1.2.1.3. Taille de l'échantillon

L'enquête MICS2 devait porter sur un échantillon de 7.800 ménages et fournir des indicateurs aussi bien au niveau national qu'au niveau provincial avec une précision respectivement de 95 et 90%. Mais cet échantillon s'est avéré insuffisant pour obtenir des indicateurs pertinents sur la couverture vaccinale dans certaines provinces. En effet, un minimum de 210 enfants de 12 à 23 mois était requis par province. Pour y parvenir un échantillon complémentaire de 1.704 ménages a été tiré pour compléter le nombre de ménages dans les provinces de Bas-Congo, Nord-Kivu, Sud-Kivu, Kasai Oriental, Kasai Occidental et Maniema.

1.2.1.4. Répartition des sites d'enquête par strate

Après avoir fixé la taille globale de l'échantillon, les règles générales énoncées dans le Manuel de référence de MICS2 ont été appliquées pour déterminer le nombre de sites et parallèlement la taille de chaque site. Ainsi, il a été décidé de mener l'enquête dans 365 sites de 26 ménages par site. La répartition de ces sites par province et par strate se présente comme suit :

Tableau 1.1 : Répartition des pools et des sites d'enquête selon la province

Province	Nombre de pools	Sites de base			Sites complémentaires		
		Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total
Kinshasa	2	-	35	35	-	-	-
Bas-Congo	2	15	4	19	13	3	16
Bandundu	2	30	5	35	-	-	-
Equateur	5	27	5	32	-	-	-
Prov. Orientale	4	29	7	36	-	-	-
Nord-Kivu	1	20	3	23	7	1	8
Sud-Kivu	2	18	2	20	11	1	12
Maniema	1	7	1	8	18	3	21
Katanga	4	23	14	37	1	-	1
Kasai-Oriental	3	18	12	30	2	-	2
Kasai-Occidental	2	19	6	25	4	1	5
Ensemble du pays	28	206	94	300	56	9	65

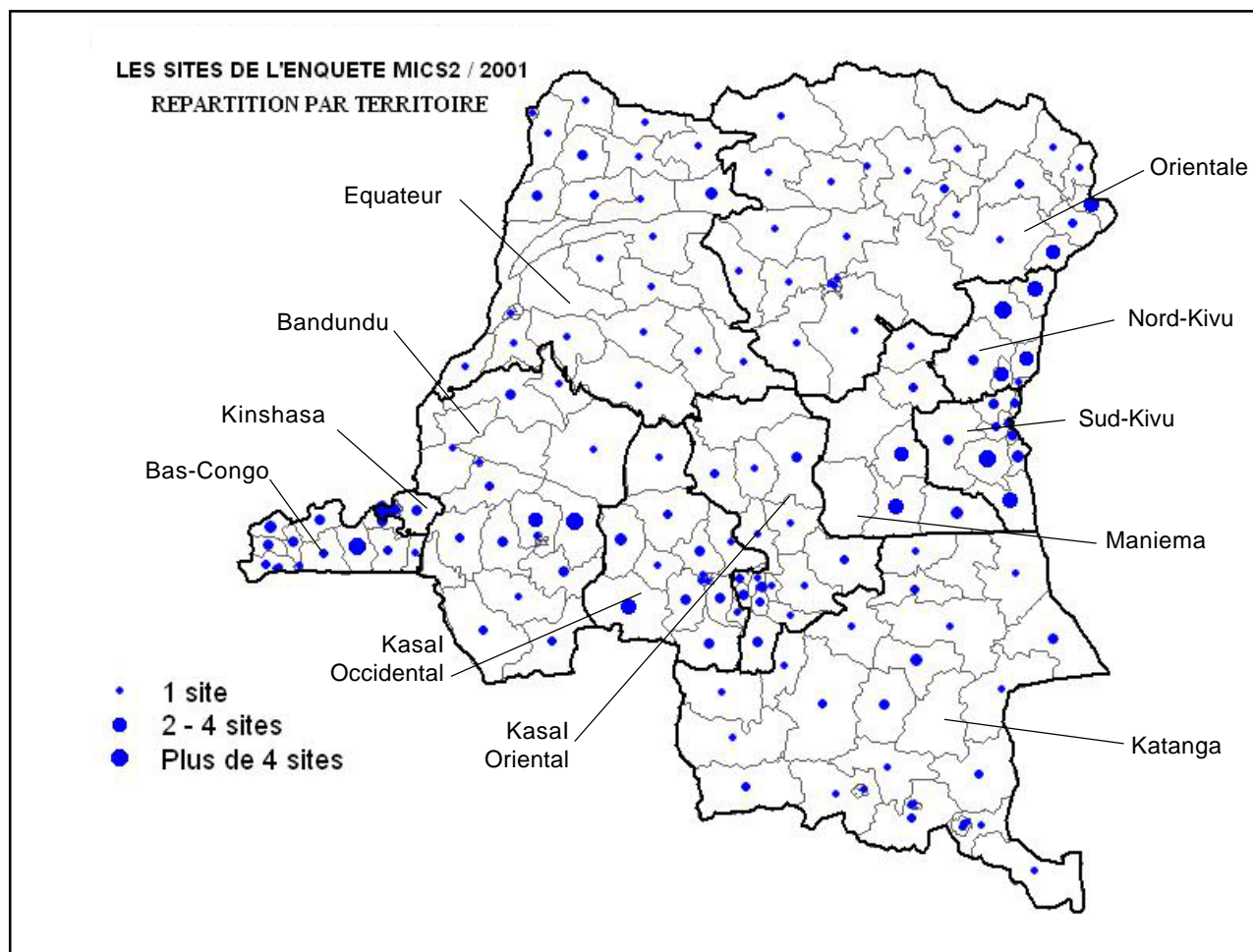
Cette répartition a été faite proportionnellement au volume de la population de chaque strate: villes (21,6%), cités (9,7%) et milieu rural (68,7%) (voir : Projections Démographiques Zaïre et Régions 1984-2000, Kinshasa 1993).

1.2.1.5. Mode de tirage de l'échantillon

- Tirage des unités primaires : en milieu urbain et semi-urbain, les 94 quartiers ont été tirés proportionnellement à leur taille. En milieu rural, un tirage proportionnel à la taille des collectivités a également été appliqué pour déterminer les 206 collectivités échantillons. Le tirage des collectivités s'est fait au niveau de chaque district pour garantir une bonne dispersion des sites de l'enquête.
- Tirage des unités secondaires du milieu rural : les unités secondaires du milieu rural, c'est-à-dire les villages, ont fait l'objet d'un tirage probabiliste simple dans le cas où un seul village était retenu dans une collectivité et d'un tirage proportionnel à la taille au cas où plusieurs villages étaient tirés dans la collectivité échantillonnée.
- Tirage des unités de l'échantillon final : les unités secondaires du milieu urbain (parcelles habitées) et les unités tertiaires du milieu rural (unités d'habitation) ont fait l'objet d'un tirage systématique.
- Choix des sites complémentaires : comme pour les sites de base, les sites complémentaires ont été tirés de façon aléatoire. Leur choix a porté sur les collectivités qui n'ont pas été sélectionnées lors du tirage des sites de base.

1.2.2. Dispersion de l'échantillon enquêté

L'échantillon connaît une très grande dispersion telle qu'elle apparaît sur la carte ci-après. Les 300 sites de base sont dispersés dans chacun des 28 districts, et dans 128 territoires sur les 143 que compte le pays. Les 11 grandes villes, chefs-lieux de province et les 28 cités sont représentées par au moins un quartier.



1.3. COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE

1.3.1. Appropriation par les bénéficiaires directs

Il aurait été impossible de réussir une aussi vaste enquête sans une conjonction d'efforts de la part des institutions les plus solidement implantées sur l'ensemble du pays. L'UNICEF et le Ministère du Plan et de la Reconstruction ne pouvaient, seuls, surmonter tous les obstacles logistiques et les problèmes de sécurité ni obtenir l'écoute de la population.

Par ailleurs, à cause de la pénurie de statistiques nationales sur la situation de la population, les organismes demandeurs de données ont tous adhéré à l'enquête : ministères et institutions spécialisées, ONGs nationales et internationales, églises, coopération bilatérale, agences des Nations Unies et instituts de recherche. Ces organismes, rassemblés au sein du Comité de pilotage, ont constitué le pivot de l'enquête.

1.3.2. Plan de communication et de mobilisation sociale

Un plan de communication et de mobilisation sociale détaillé, fixant les objectifs et les cibles, les messages et les canaux de transmission, a été élaboré pour mobiliser les réseaux de partenaires. Ce plan a été adapté par la Cellule de l'Est à la situation qui prévaut dans la partie occupée du pays, notamment en mettant au point des stratégies spécifiques pour pouvoir atteindre les ménages des sites échantillons contrôlés par les groupes armés.

Trois supports ont servi pour la communication dans l'ensemble du pays :

- le dépliant d'information sur l'enquête, lançant un appel à la solidarité de tous les partenaires pour faciliter l'enquête, et aux ménages pour qu'ils soient ouverts et disponibles;
- la cassette vidéo présentant, dans un jeu de questions-réponses entre le directeur du projet et des enfants, le pourquoi et le comment de MICS2;
- les messages aux ministères, ONGs, agences des Nations Unies, Eglises et ménages donnant, sous des formes personnalisées, un message unique sur la nécessité de connaître la situation des enfants et des femmes et d'aider l'enquête.

1.3.3. Processus de communication

Le plan de communication et de mobilisation sociale a été exécuté à trois niveaux : niveau central, niveau des pools et niveau des sites.

- Au niveau central, tous les ministres concernés par le bien-être des enfants et des femmes ont été briefés sur l'enquête et leur implication a été sollicitée ; à Kinshasa et Goma, plusieurs chaînes de télévision ont relayé l'information sur le lancement de MICS2 au moyen du document vidéo; par ailleurs, l'information utile sur le déroulement des opérations était régulièrement communiquée aux membres du Comité de pilotage à l'occasion des séances de travail et au moyen du bulletin d'information MICS2-Info.
- Au niveau des pools (28 chefs-lieux des provinces et autres villes), les superviseurs ont impliqué les autorités par des contacts directs, par l'organisation de réunions d'information au cours desquelles le dépliant était distribué et commenté, et par la diffusion de la cassette vidéo de MICS2 ; ils avaient en mains de véritables " sésames " sous la forme des copies des lettres par lesquelles les hauts responsables des partenaires instruisaient leurs collaborateurs d'apporter toute l'assistance nécessaire au personnel de ter-

rain ; ils se sont aussi appuyés sur le "point focal", relais identifié au préalable (chef de la division provinciale du Plan, médecin chef de zone, etc.) qui a joué le rôle de facilitateur pour les contacts et le plaidoyer auprès des autorités.

- Au niveau des sites, les enquêteurs et enquêtrices transmettaient l'information sur MICS2 aux chefs de quartier ou de village, aux pasteurs et curés qui répercutaient le message aux populations de leur ressort ou de leur obédience.

Ce système de communication a permis de transmettre les messages assez largement tout en ciblant les zones où la population devait être mobilisée. La réussite de MICS2 doit beaucoup à ce plan de communication / mobilisation sociale.

1.4. OUTILS DE COLLECTE

1.4.1. Questionnaire d'enquête

Le questionnaire modèle fourni dans le Manuel de référence de l'UNICEF a été adapté pour tenir compte des indicateurs additionnels et des particularités du pays. Il comprend 17 modules (annexe 2) :

- module I : Habitat, Eau, Assainissement du milieu, Iodation du sel
- module II : Feuille d'enregistrement des membres du ménage
- module III : Education
- module IV : Travail des enfants
- module V : Enfants vivant hors ménage
- module VI : Mortalité des enfants
- module VII : Vaccination anti-tétanique
- module VIII : Santé de la mère et du nouveau-né
- module IX : Santé de la reproduction
- module X : VIH/SIDA
- module XI : Enregistrement des naissances à l'état civil et Education en bas âge
- module XII : Vitamine A
- module XIII : Allaitement
- module XIV : Soins des maladies
- module XV : Paludisme
- module XVI : Vaccination
- module XVII : Anthropométrie

Pour les sites complémentaires, un questionnaire réduit a été appliqué, comportant cinq modules du questionnaire de base : I (Habitat, Eau, Assainissement du milieu et Iodation du sel), II (Feuille d'enregistrement des membres du ménage), XIV (Soins des maladies), XV (Paludisme) et XVI (Vaccination).

Enfin, un questionnaire dit communautaire a été conçu pour collecter des informations qui concernent les sites d'enquête dans leur ensemble et qui sont relatives aux infrastructures socio-communautaires.

Les manuels standards d'instructions aux superviseurs et aux enquêteurs ont été adaptés en conséquence.

1.4.2. Autres outils de collecte

Outre le questionnaire et les manuels d'instructions, les enquêteurs et leurs superviseurs étaient équipés d'outils méthodologiques et de gestion pour assurer la qualité de la collecte, ainsi que le suivi rigoureux des aspects logistiques et financiers.

Il s'agit notamment de :

- la note méthodologique sur le relevé parcellaire
- les fiches de relevé parcellaire et des unités d'habitation
- la procédure de remplacement des unités échantillonnées
- la table des nombres au hasard
- les avis de passage
- les tables de conversion des âges en mois et années révolus
- la feuille de contrôle du site et feuille de contrôle du pool
- les fiches de gestion du site et du pool
- les cartes topographiques
- les tableaux récapitulatifs des résultats du site et du pool.

1.5. PREPARATION MATERIELLE ET LOGISTIQUE

Les grandes distances pour atteindre les sites, les conditions de transport et de communication particulièrement difficiles et l'insécurité dans certaines zones ont conditionné la préparation matérielle et logistique en exigeant un maximum de prévision.

Les sacs des enquêteurs devaient contenir non seulement le matériel d'enquête (balances SECA, toises horizontales et verticales, écritoires, kits de test d'iodation du sel, documents d'enquête et de gestion, T-shirt et casquettes UNICEF, crayons, etc.) mais aussi du matériel de survie (couvertures, imperméables, lampes torches, kits de premier secours, etc.). Plus de 4,5 tonnes de matériel ont été réparties dans près de 100 malles pour être acheminées par avion dans les 28 pools, avec pour consigne qu'aucun article ne devait manquer.

Avant le déploiement, des informations ont été collectées sur les itinéraires à emprunter pour atteindre chaque site à partir du pool, en vue de prévoir, autant que possible, la réalité de terrain : les différentes voies d'accès, les lieux d'escales, les moyens de transport existants, leur durée et leur coût. Les appuis locaux possibles étaient également identifiés et sollicités à l'avance auprès des partenaires pour le transport, le logement, la communication et la sécurité. Une recherche était aussi faite concernant les obstacles majeurs. Ces informations étaient consignées sur les fiches de site et de pool, véritables " feuilles de route " du personnel de terrain. Pour leur sécurité sur le terrain et leur efficacité, les superviseurs et les enquêteurs étaient munis de documents administratifs : ordre de mission du Ministre du Plan (à l'Ouest seulement), attestation du Représentant de l'UNICEF, lettres d'instructions des divers partenaires.

1.6. RECRUTEMENT, FORMATION ET DEPLOIEMENT SUR LE TERRAIN

1.6.1. Recrutement du personnel de terrain

Pour couvrir les 365 sites d'enquête, une équipe de terrain de 355 personnes a été mise sur pied : 28 superviseurs, 38 assistants de supervision et 289 enquêteurs. Les 15 superviseurs des pools de l'Ouest, dont 3 femmes, ont été recrutés à Kinshasa, en fonction de leurs qualifications, leur expérience et leur connaissance de l'intérieur du pays. Les 13 superviseurs de l'Est, tous hommes, ont été recrutés aux sièges des pools respectifs, leur lieu de résidence où ils sont bien connus des autorités, sur propositions d'une commission composée de hauts responsables locaux et sélection finale par la Cellule de l'Est et le Secrétariat technique.

Le superviseur effectuait le recrutement des enquêteurs et assistants de supervision au siège de son pool, sur base de leurs compétences, leur expérience en enquêtes socio-démographiques ou de santé, leur connaissance des sites et de la langue parlée dans ces sites et leur capacité de mobilisation sociale. C'est à l'issue de la formation que les superviseurs identifiaient les meilleurs enquêteurs et les désignaient comme assistants de supervision. Pour certains sites, notamment à

L'Est, il s'est avéré nécessaire de recruter des enquêteurs originaires d'un territoire donné afin de garantir leur acceptation par la population et les autorités.

Une attention particulière a été accordée aux candidatures des femmes. C'est ainsi qu'elles représentent 16,6% des enquêteurs. Cependant, des précautions ont été prises quant à leur affectation, compte tenu des difficultés particulières à joindre les sites ruraux et de l'insécurité.

1.6.2. Formation

La formation a été organisée en cascade : les membres du Secrétariat technique permanent ont formé les superviseurs à l'Ouest (Kinshasa) comme à l'Est (Goma) ; ceux-ci, à leur tour, ont formé les assistants de supervision et les enquêteurs dans leurs pools respectifs.

La formation des superviseurs devait faire d'eux des enquêteurs modèles, connaissant le travail de collecte dans ses moindres détails afin de pouvoir superviser correctement. Elle visait aussi à renforcer leurs qualités de manager, de formateur, de mobilisateur, de gestionnaire et d'évaluateur. Les enquêteurs devaient maîtriser les techniques du relevé parcellaire et du tirage des unités de l'échantillon final, connaître parfaitement le questionnaire et les modes d'administration et de remplissage de ce support de l'information, mais aussi les techniques comportementales et communicationnelles appropriées.

Les sessions de formation duraient 10 jours, dont 6 consacrés à la formation théorique, 3 jours à la pratique des opérations de relevé parcellaire, de tirage de l'échantillon, d'administration du questionnaire et de prise des mesures anthropométriques, et 1 jour de récapitulation générale. Les superviseurs se sont, en outre, exercés à réaliser toutes les activités de terrain dans une opération appelée " enquête pilote ", partie intégrante du processus de formation et de recrutement final. Elle a eu lieu à Kisantu pour l'Ouest et à Sake pour l'Est.

1.6.3. Déploiement sur le terrain

Les superviseurs se sont rendus aux sièges de leurs pools respectifs, avec leurs malles, essentiellement par avion : vols réguliers, vols de la MONUC et vols spéciaux affrétés par le projet. Avant de déployer leurs enquêteurs, les superviseurs s'assuraient de l'existence de chaque site et complétaient l'information sur les itinéraires. Malgré ces recherches, l'information restait souvent fragmentaire contraignant certains enquêteurs à s'aventurer à l'aveuglette. Pour se rendre dans leurs sites, les enquêteurs ont utilisé tous les moyens possibles : marche à pieds, vélos, motos, véhicules privés et de commerçants, train, avion, pirogue, hors-bord, baleinière, etc.

Les deux difficultés majeures rencontrées dans le déploiement des enquêteurs furent 1) l'éloignement de certains sites et le manque ou l'irrégularité des moyens de transport et 2) l'insécurité créée par la guerre, avec les embuscades et les interdictions de passage. Les enquêteurs ont surmonté ces difficultés et atteint leurs sites en faisant preuve de créativité et de courage et ce, grâce aux nombreux appuis des sous-bureaux de l'UNICEF, des antennes provinciales des agences des Nations Unies, des ONGs nationales et internationales, des missionnaires, des structures étatiques décentralisées et aussi des personnes privées.

Certains enquêteurs n'ont pas pu atteindre les sites prévus, soit parce qu'ils avaient été désertés ou étaient sur la ligne de front, soit que leurs noms ne correspondaient plus à leur localisation. Ces sites, 32 sur les 365 échantillonnés, ont été remplacés par d'autres conformément aux procédures requises.

La phonie a été le moyen de communication privilégié pour assurer une liaison permanente entre la Cellule de l'Est, le Secrétariat technique et les superviseurs, et entre ceux-ci et les enquê-

teurs et assistants de supervision. Deux phonies, l'une au Ministère du Plan à Kinshasa et l'autre au bureau de l'UNICEF à Goma, connectées au réseau du Programme Elargi de Vaccination (P.E.V.) et à ceux des églises et des ONGs, ont permis de suivre l'évolution des opérations sur le terrain et de réagir face aux imprévus, parfois dramatiques.

1.7. COLLECTE DES DONNEES ET CONTROLE DU TRAVAIL DE TERRAIN

1.7.1. Collecte des données dans les sites

Une durée moyenne de collecte de 21 jours avait été arrêtée pour chaque enquêteur, qu'il travaille dans un site urbain ou rural, comprenant le voyage, la mobilisation sociale dans les sites, le relevé parcellaire, le tirage de l'échantillon et l'administration du questionnaire.

Pour la majorité des enquêteurs cette durée s'est prolongée : certains voyages ont pris plus d'une semaine ; le relevé parcellaire en milieu urbain s'est révélé très difficile et long ; dans les villes comme Kinshasa, Mbuji-Mayi et Kananga, on a compté un nombre fort élevé de ménages (7 ou 8) dans les parcelles et comme la consigne était d'enquêter tous les ménages dans la parcelle, certains enquêteurs ont interviewé plus de 50 ménages dans un site au lieu des 26 prévus ; certains ménages étaient indisponibles pour cause de travaux agricoles ou d'activités diverses; à l'Est, la reprise et l'intensification des hostilités ont obligé certains enquêteurs à interrompre leur travail et à le reprendre lorsqu'il y avait accalmie, et un enquêteur fut bloqué par des forces d'autodéfense populaire pendant plus de six semaines.

Dans son site, l'enquêteur choisissait un guide pour l'assister. Bien intégré dans son milieu, ce guide l'aidait à repérer les parcelles ou les unités d'habitation retenues dans l'échantillon, à déposer les avis de passage dans les ménages et à prendre les mesures anthropométriques.

En plus de vérifier que tous ses questionnaires étaient correctement et entièrement remplis, l'enquêteur devait, avant de revenir au pool, inscrire les principaux résultats de son enquête dans le tableau récapitulatif prévu et rédiger son rapport : dates, itinéraire et modalités de voyage ; contacts préliminaires dans le site, présentation au chef du village, arrangements pour le logement, identification du guide, repérage du site, etc. ; calendrier détaillé du travail jour par jour ; difficultés rencontrées; rapport financier avec tous les justificatifs selon le modèle repris sur la fiche de site.

1.7.2. Supervision du travail de terrain

Le travail des enquêteurs a été suivi sur le terrain en deux temps. Dans un premier temps, les superviseurs et les assistants de supervision ont visité les enquêteurs pendant que ceux-ci travaillaient dans leurs sites. Ils vérifiaient les fiches de relevé parcellaire, les résultats du tirage de l'échantillon et contrôlaient les questionnaires remplis. Ils transcrivaient les résultats des contrôles sur les " feuilles de contrôle des sites " et faisaient des recommandations. Ces visites de contrôle des enquêteurs ont montré que :

- tous les enquêteurs ont atteint les sites prévus ou remplacés ;
- les autorités locales et les ménages ont accueilli favorablement les enquêteurs et ont répondu avec enthousiasme aux questions ;
- la population a manifesté un si grand intérêt pour l'enquête que même les ménages non échantillonnés voulaient être interrogés ;
- les instructions relatives au relevé parcellaire et au tirage de l'échantillon final ont été suivies et ces opérations ont été bien faites ;
- les enquêteurs ont effectivement visité les ménages échantillonnés car les informations contenues sur les questionnaires coïncident avec les déclarations des enquêtés lors du contrôle.

Dans un deuxième temps, un contrôle systématique des questionnaires remplis était réalisé aux pools par les superviseurs et leurs assistants, en utilisant certains tests de cohérence. Ce n'est qu'après cette vérification que les enquêteurs percevaient leur prime de qualité. Ce contrôle a permis de constater que la plupart des enquêteurs ont bien fait leur travail, mais aussi de détecter certaines erreurs dans les questionnaires et de renvoyer sur le terrain quelques enquêteurs pour reprendre un travail comportant des erreurs.

Les superviseurs ont également fait l'objet d'un contrôle appelé " coups de sonde ", réalisé par les membres du Secrétariat technique permanent et le Coordonnateur de la Cellule de l'Est. L'objectif était d'évaluer le travail des superviseurs et, par ricochet, celui des enquêteurs : la qualité de la mobilisation sociale au niveau du pool et l'implication des autorités locales ; la qualité du recrutement et de la formation des enquêteurs ; le respect du programme global, des procédures méthodologiques et du calendrier de travail ; le sérieux de la supervision des enquêteurs et du contrôle de la qualité des données ; la bonne gestion des fonds et des justificatifs ; l'adéquation des réactions face aux difficultés. A l'Ouest du pays, les coups de sonde ont été réalisés dans 7 pools sur 15 et à l'Est dans 9 pools sur 13.

1.8. EXPLOITATION DES DONNEES

1.8.1. Traitement des données

Au total 8.622 questionnaires de base, 1.683 questionnaires complémentaires et 365 questionnaires communautaires ont été vérifiés et saisis. Le contrôle manuel des questionnaires a été assuré par 10 vérificateurs et un chef d'équipe recrutés parmi les meilleurs enquêteurs de Kinshasa et formés aux techniques de vérification et à l'usage du test de cohérence. Cette vérification a rendu les questionnaires plus lisibles et a permis de corriger la plupart des erreurs d'incohérence.

Encadrés par deux contrôleurs, 30 agents ont saisi les données de l'enquête au fur et à mesure que celles-ci leur parvenaient après vérification. Recrutés pour leur expérience dans la saisie des données d'enquêtes socio-démographiques, ces agents ont été formés pendant 9 jours à la maîtrise de la logique du questionnaire et à la pratique du logiciel. Pour réaliser la double saisie, les agents ont travaillé en deux équipes de 15, l'une travaillant l'avant-midi et l'autre l'après-midi. La saisie a duré 3,5 mois.

Les données de MICS2 ont été regroupées en 4 principaux fichiers :

- le fichier " Ménage " comprenant les données du module I sur le cadre de vie du ménage;
- le fichier " Individu " comprenant les données du module II sur les caractéristiques des membres du ménage, celles du module III sur l'éducation des enfants de 5 à 17 ans et celles du module IV sur le travail des enfants;
- le fichier " Femme " englobant les données des modules VI à X qui concernent les femmes de 15 à 49 ans;
- le fichier " Enfant " contenant les données des modules XII à XVII qui se rapportent aux enfants de moins de cinq ans.

Outre ces fichiers de base, trois autres ont été créés : " Enfants hors ménage ", " Communautaire " et " Couverture vaccinale ".

Le nettoyage systématique des fichiers a été effectué au moyen du test d'exhaustivité et du test de cohérence. Le test d'exhaustivité a permis de s'assurer que tous les ménages enquêtés ont été saisis, qu'aucun individu n'a été oublié dans le module où il était éligible ni placé dans un module où il ne devrait pas être. Le test de cohérence a été conçu en vue de détecter les incohérences contenues dans les informations sur un individu dans un même module ou d'un module à un autre.

Le nettoyage a été suivi immédiatement par la pondération des données, effectuée, par strate et par province, en appliquant les différents poids ou coefficients de pondération préalablement normalisés. Un ajustement des données a été réalisé par l'application aux données pondérées des coefficients de non-réponses préalablement calculés. Enfin, le calcul des erreurs d'échantillonnage a été fait à l'aide d'un programme élaboré dans SPSS. Après nettoyage des fichiers et pondération des données, l'analyse a finalement porté sur 8.600 ménages.

1.8.2. Analyse et rédaction du rapport

L'analyse des données et la rédaction du rapport sont le fruit d'un travail d'équipe au sens large. Les experts du Secrétariat technique temporaire se sont associés au Secrétariat technique permanent pour analyser les données, chacun dans son domaine sectoriel en se référant au plan d'analyse élaboré en septembre 2001 avec le Comité de pilotage. Ce dernier a ensuite constitué un Comité de lecture composé d'experts des différents secteurs de l'enquête pour lire la première version du rapport et faire des recommandations d'amélioration.

Les indicateurs sont désagrégés selon certaines caractéristiques socio-démographiques: le milieu de résidence, la province, le niveau de pauvreté des ménages, le niveau d'instruction de la mère ou de la femme, le sexe, l'âge. Pour le calcul de l'indice de pauvreté, une méthode dérivée de l'analyse en composantes principales a été utilisée pour déterminer 5 catégories de ménage selon les quintiles de pauvreté : les plus pauvres, les pauvres, les moyens, les riches, les plus riches (annexe 3). Un séminaire-atelier a été organisé par le Bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre pour initier une Commission ad hoc du Comité de pilotage et le Secrétariat technique à la méthode et produire les tableaux y relatifs.

Quatre catégories ont été retenues pour le niveau d'instruction de la femme : sans instruction, primaire, secondaire ou plus et programme non formel. Pour cette dernière catégorie, il a été jugé opportun de ne pas la faire apparaître lorsque le nombre de cas est inférieur à 25, de mettre la valeur de l'indicateur entre parenthèses quand le nombre de cas se situe entre 25 et 50 et de mentionner cette valeur si l'effectif est supérieur à 50. De même, le nombre de cas dont le niveau d'instruction n'était pas déterminé est si faible qu'il n'a pas été pris en compte dans l'analyse.

Les données contenues dans les questionnaires communautaires n'ont pas été analysées dans le cadre de ce rapport. Elles seront prises en compte dans les analyses approfondies.

1.9. QUALITE DES DONNEES COLLECTEES

La qualité des données de l'enquête MICS2 est appréciée à travers la couverture des unités échantillonnées (sites, parcelles ou unités d'habitation, ménages) ; les non-réponses (au niveau des ménages et au sein des modules), la structure par âge et les erreurs de sondage.

L'enquête MICS2 a été réalisée dans 300 sites de base et 65 sites complémentaires sélectionnés à travers le territoire national, dont 333 initialement tirés. Les 32 sites auxquels les enquêteurs n'ont pas accédé pour des raisons d'insécurité, d'inexistence, de disparition ou de changement de statut, ont été remplacés par d'autres, dans les mêmes collectivités.

1.9.1. Couverture des unités échantillonnées

Le tableau 1.2 donne la couverture des parcelles ou unités d'habitation et la couverture des ménages échantillonnés par pool pour les sites de base. Il indique que toutes les parcelles et toutes les unités d'habitation échantillonnées ont été visitées, soit une couverture de 100%.

Tableau 1.2 : Couverture des parcelles/unités d'habitation et des ménages échantillonnés des sites de base

Code (1)	Pool (2)	Parcelles et Unités d'habitation habitées			Ménages			
		Echantil- lonnées (3)	Enquêtées (4)	Couverture (%) (5=4:3)	Attendus (6)	Dénombrés (7)	Enquêtés (8)	Couverture (%) (9=8:7)
1	Kinshasa Urbain	616	616	100,0	728	1.182	1.159	98,1
2	Kinshasa Sub-urbain	452	452	100,0	468	503	492	97,8
3	Boma	224	224	100,0	234	254	254	100,0
4	Mbanza-Ngungu	206	206	100,0	208	217	208	95,9
5	Bandundu	202	202	100,0	208	226	222	98,2
6	Kikwit	460	460	100,0	468	468	467	99,8
7	Mbandaka	127	127	100,0	130	139	136	97,8
8	Gemena	260	260	100,0	260	260	260	100,0
9	Gbadolite	126	126	100,0	130	131	129	98,5
10	Lisala	178	178	100,0	182	186	186	100,0
11	Boende	130	130	100,0	130	138	138	100,0
12	Kisangani	222	222	100,0	234	235	235	100,0
13	Buta	128	128	100,0	130	128	128	100,0
14	Isiro	180	180	100,0	182	186	185	99,5
15	Bunia	386	386	100,0	390	398	388	97,5
16	Goma	482	482	100,0	598	676	674	99,7
17	Lubumbashi	262	262	100,0	286	311	310	99,7
18	Kolwezi	174	174	100,0	182	184	184	100,0
19	Kalemie	206	206	100,0	208	208	208	100,0
20	Kamina	276	276	100,0	286	281	279	99,3
21	Kindu	204	204	100,0	208	210	210	100,0
22	Bukavu	357	357	100,0	364	378	378	100,0
23	Uvira	206	206	100,0	156	156	156	100,0
24	Mbuji-Mayi	356	356	100,0	390	587	575	98,0
25	Mwene-Ditu	204	204	100,0	208	213	213	100,0
26	Lodja	182	182	100,0	182	187	187	100,0
27	Kananga	478	478	100,0	494	506	506	100,0
28	Tshikapa	154	154	100,0	156	156	154	98,7
Total		7.438	7.438	100,0	7.800	8.704	8.622	99,0

En ce qui concerne les sites complémentaires, 1.672 parcelles et unités d'habitation ont été identifiées et enquêtées, soit également une couverture de 100%.

1.9.2. Non-réponses au niveau des ménages

Dans les parcelles et unités d'habitation des sites de base, on a dénombré 8.704 ménages parmi lesquels 8.622⁽¹⁾ ont effectivement été enquêtés. Le tableau 1.3 montre que les interviews ont été réalisées dans 99% de ménages (93% entièrement et 6% partiellement). Ainsi, le taux de non-réponse au niveau des ménages est de 1% pour l'ensemble du territoire national. Il s'agit des ménages qui étaient absents de la maison pendant toute la durée de collecte (0,6%) ou qui ont refusé de répondre aux questions de l'enquêteur (0,4%).

⁽¹⁾ Après pondération et nettoyage des fichiers, l'analyse a porté sur 8600 ménages.

Tableau 1.3 : Répartition (en %) des ménages des sites de base selon le résultat de l'interview et le milieu de résidence

Résultat de l'interview	Urbain		Rural		Ensemble	
	Effectif des ménages	%	Effectif des ménages	%	Effectif des ménages	%
1. Remplis (entièrement)	2.933	91,3	5.208	94,9	8.141	93,5
2. Partiellement rempli	225	7,0	256	4,6	481	5,5
3. Refus	19	0,6	12	0,2	31	0,4
4. Pas à la maison	37	1,1	14	0,3	51	0,6
TOTAL	3.214	100,0	5.490	100,0	8.704	100,0

En ce qui concerne les sites complémentaires, 1.691 ménages ont été dénombrés et les interviews ont été réalisées entièrement ou partiellement dans 1.683 ménages, soit un taux de non-réponse de 0,5%.

Ce résultat est sans conteste le fruit de la très forte mobilisation opérée en faveur de l'enquête à tous les niveaux de la population.

1.9.3. Non-réponses au niveau des modules

Le questionnaire de l'enquête MICS2 est un questionnaire hiérarchisé, comportant 17 modules. Le module II, " Feuille d'enregistrement des membres du ménage ", constitue la base qui permet d'identifier les personnes éligibles pour les autres modules. En principe, un individu enregistré dans le module II et jugé éligible pour tel ou tel autre module, est sensé répondre aux différentes questions de ce module. Si tel n'est pas le cas, il s'agit d'un non-réponse au niveau de ce module.

Le tableau 1.4 indique la proportion de femmes et d'enfants éligibles aux modules les concernant, mais qui n'ont pas répondu aux questions de ces modules.

Tableau 1.4 : Taux de réponse aux niveaux des modules femmes et enfants

Désignation	Milieu urbain	Milieu rural	Ensemble
Nombre de femmes de 15 à 49 ans			
• dénombrées (identifiées)	5.049	7.769	12.818
• enquêtées (interviewées)	4.875	7.536	12.411 ⁽¹⁾
• taux de réponse (%)	96,6	97,0	96,8
Nombre d'enfants de moins de 5 ans			
• Dénombrés (identifiés)	3.730	6.634	10.364
• Enquêtés (interviewés)	3.696	6.562	10.258 ⁽²⁾
• taux de réponse (%)	99,1	98,9	99,0

Il montre que l'enquête a enregistré 1% de non-réponses en ce qui concerne les enfants de moins de 5 ans (0,9% en milieu urbain et 1,1% en milieu rural). Chez les femmes de 15 à 49 ans, ces taux sont légèrement plus élevés : 3,2% pour l'ensemble du pays, 3,4% en milieu urbain et 3% en milieu rural.

En ce qui concerne les mesures anthropométriques des enfants de moins de 5 ans, les taux de non-réponse sont faibles comme l'indique le tableau 1.5. Parmi les enfants sur lesquels ont porté les analyses, environ 2% seulement manquaient d'informations sur le poids et la taille.

⁽¹⁾ Après nettoyage des fichiers et pondération des données, l'effectif sur lequel a porté l'analyse est de 12.407 femmes de 15 à 49 ans.
⁽²⁾ Après nettoyage des fichiers et pondération des données, l'effectif sur lequel a porté l'analyse est de 9.454 enfants de moins de 5 ans.

Tableau 1.5 : Taux de non-réponse au module sur l'anthropométrie

Désignation de la variable	Population de référence		Informations qui manquent	
	Définition	Effectif des enfants	Effectif des enfants	Taux de non-réponse (%)
Poids des enfants	Enfants de moins de 5 ans dans le module XVII	9.454	162	1,7
Taille des enfants	Enfants de moins de 5 ans dans le module XVII	9.454	198	2,1

1.9.4. Evaluation de la structure par âge de la population enquêtée

Pour déterminer la qualité des données collectées en ce qui concerne la déclaration des âges, MICS2 a calculé l'indice de Myers.

Tableau 1.6 : Calcul de l'indice de Myers - Population totale enquêtée

Age terminé par (1)	Effectifs des 10 ans et plus E1 (2)	Coefficient Ci (3)	Produit (4)=(3)x(2)	Effectif des 20 ans et plus (5)	Coefficient (6)	Produit (7)=(5)x(6)	Tx = Somme disponible (8)	T'x =Txx (9)	Ecart (10)
0	4.084	1	4.084	2.524	9	22.716	26.800	9,11	- 0,89
1	4.460	2	8.980	2.940	8	23.520	32.500	11,04	+1,04
2	3.905	3	11.715	2.425	7	16.975	28.690	9,75	- 0,25
3	3.889	4	15.316	2.303	6	13.818	29.134	9,90	- 0,10
4	3.578	5	15.316	2.303	5	11.515	26.831	9,12	- 0,88
5	3.656	6	21.936	2.230	4	8.920	30.856	10,49	+0,49
6	3.539	7	24.724	2.237	3	6.711	31.435	10,68	+0,68
7	3.158	8	25.264	1.937	2	3.874	29.138	9,90	- 0,10
8	3.157	9	28.413	1.897	1	1.897	30.310	10,30	+0,30
9	2.853	10	28.530	1.798	0	0	28.530	9,70	- 0,30
							294.224		+0,29

Les calculs donnent un indice de Myers égal à 0,29, ce qui montre que les âges sont correctement déclarés. Les enquêteurs ont été instruits pour estimer les âges inconnus par des techniques bien appropriées (calendrier historique, comparaison des individus, pièces d'identité, etc.). Par ailleurs, le questionnaire de l'enquête prévoyait deux questions relatives à l'âge de la personne (la date de naissance et l'âge lui-même).

1.9.5. Erreurs de sondage

Les estimations faites à partir d'une enquête par sondage sont sujettes à deux types d'erreurs : les erreurs d'observation ou de mesure et les erreurs de sondage.

Les erreurs d'observation sont les biais imputables à la mise en œuvre de la collecte et de l'exploitation des données (omission d'une unité sélectionnée, réponse incohérente, erreur de saisie, etc.). Bien que des précautions soient toujours prises, il est difficile d'éviter toutes les erreurs d'observation et d'en évaluer l'importance. Les erreurs de sondage, par contre, peuvent être évaluées statistiquement. Les estimations qui figurent dans le présent rapport ont été obtenues à partir d'un échantillon donné de ménages. Si l'enquête MICS2 avait été effectuée auprès d'autres ménages, on peut penser que les fréquences des réponses auraient été très peu différentes de celles présentées ici. C'est l'incertitude de cette assertion que reflète l'erreur de sondage qui permet de mesurer le degré de variation des réponses d'un échantillon à un autre.

L'erreur standard est un indice particulièrement utile pour mesurer l'erreur de sondage d'un paramètre (moyenne ou proportion). On l'estime à partir de la variance des réponses dans l'échantillon même, l'erreur standard étant la racine carrée de la variance. Dans ce rapport, les erreurs ont été calculées au moyen du logiciel SPSS qui fournit aussi, pour chaque estimation, les erreurs relatives et les intervalles de confiance.

L'annexe 4 donne les erreurs de sondage pour 6 variables et 39 indicateurs au niveau national et par milieu de résidence. Elle donne aussi des indications sur le degré de pertinence de ces mêmes indicateurs au niveau des provinces. En général, les erreurs de sondage de la plupart des estimations pour l'ensemble du pays sont faibles. On relève quelques différences selon le milieu de résidence : les erreurs calculées sur les estimations du milieu urbain sont relativement plus élevées que celles du milieu rural à cause notamment de la taille de l'échantillon plus petite en milieu urbain. On observe également que les erreurs de sondage en rapport avec les variables simples sont relativement plus faibles que celles en rapport avec les principaux indicateurs de MICS2, qui sont des variables composites. Cependant celles-ci se situent dans les limites des intervalles de confiance acceptables.

En effet, compte tenu de la taille de l'échantillon de MICS2, un indicateur est considéré comme fiable au niveau national et pour les milieux rural et urbain quand il est estimé avec une erreur relative égale ou inférieure à 5%. L'indicateur est considéré comme fiable au niveau de la province lorsque l'erreur relative est égale ou inférieure à 10%. Ainsi, les indicateurs estimés au niveau des provinces avec une marge d'erreur supérieure à 10% doivent faire l'objet de réserve dans leur utilisation.

CONCLUSION

L'enquête MICS2 a permis de collecter les données auprès d'un échantillon de 10.305 ménages (8.622 ménages de base et 1.683 ménages complémentaires) répartis dans 365 sites à travers tout le pays, par une équipe de terrain (annexe 5) de 355 superviseurs et enquêteurs, appuyés par 28 points focaux et 365 guides.

Ce résultat est le fruit d'une collaboration étroite entre tous les partenaires concernés par le sort des enfants et des femmes en RDC, rassemblés au sein du Comité de pilotage composé d'une soixantaine de membres. Ce Comité a été le pivot de toutes les actions de communication et de mobilisation sociale sur le terrain au travers des réseaux de soutien, permettant de réaliser l'enquête sur l'ensemble du territoire national.

Les stratégies conjointes de la communication, du recrutement et de la formation ont permis de recueillir des données de qualité avec des taux de réponse supérieurs à 95%, une bonne déclaration des âges, ainsi qu'une bonne précision, les erreurs standards de la plupart des variables et indicateurs étant faibles au niveau national et pour les milieux de résidence. Toutefois, au niveau des provinces, certains indicateurs doivent être utilisés avec réserve.

INTRODUCTION

Ce chapitre analyse le cadre de vie des enfants et des femmes. Le Sommet Mondial pour les Enfants a retenu deux objectifs y relatifs :

- objectif 4 : accès universel à l'eau à boire salubre ;
- objectif 5 : accès universel aux systèmes sanitaires d'évacuation des excréments.

La situation de la RDC par rapport à ces deux objectifs n'était guère brillante en 1995 lors de l'enquête MICS1. Cette année-là, 26% seulement de ménages ruraux avaient accès à l'eau de boisson salubre, contre 89% dans les milieux urbains, et 42% pour l'ensemble du pays. Quant au traitement des excréments, il avait été observé que 6% seulement de ménages utilisaient des latrines hygiéniques en milieu rural, contre 53% en milieu urbain et 18% dans l'ensemble du pays.

Ce chapitre aborde la promiscuité dans les logements, la qualité des logements, le statut d'occupation des logements (section 2.1) ; les sources d'eau des ménages, le temps et la distance pour atteindre la source d'eau potable (section 2.2) ; l'assainissement des logements, c'est-à-dire les types de toilettes utilisées et leur localisation, le traitement des excréments des petits enfants, le mode d'évacuation des eaux usées, le mode d'évacuation des ordures ménagères (section 2.3) ; la situation de la sécurité alimentaire des populations, à travers les réserves alimentaires, le nombre de repas par jour et l'encadrement des ménages par les agents de développement (section 2.4) ; la situation d'activité de la population adulte (section 2.5).

2.1. HABITAT

2.1.1. Promiscuité dans les logements

La promiscuité dans les ménages est déterminée, d'une part, par le nombre de pièces et de chambres à coucher qui composent les logements des ménages et, d'autre part, par la taille du ménage, c'est-à-dire le nombre de personnes qui y habitent.

2.1.1.1. Nombre de pièces à usage d'habitation

Le tableau 2.1 présente le nombre moyen de pièces à usage d'habitation selon certaines caractéristiques des ménages. Dans l'ensemble du pays, les ménages disposent en moyenne de 3,3 pièces à usage d'habitation dans leurs logements. La majorité des logements, soit 76%, ont 2 à 4 pièces, contre 10% de logements ayant une pièce et 14% ayant 5 pièces ou plus.

La province Orientale et celle du Kasaï Oriental accusent le plus bas niveau du nombre moyen de pièces à usage d'habitation (moins de 3 pièces) tandis que la province du Maniema a le nombre le plus élevé (4,1 pièces).

Tableau 2.1 : Répartition (en %) des ménages selon le nombre moyen de pièces dans le logement et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Nombre des pièces dans le logement						Nombre moyen de pièces	Effectif des ménages
	1	2	3	4	5 ou plus	Total		
Milieu de résidence								
Urbain	8,2	29,2	23,3	19,4	19,9	100	3,4	2.578
Rural	10,4	23,6	27,5	26,9	11,6	100	3,2	6.022
Province								
Kinshasa	13,2	33,2	22,1	11,0	20,6	100	3,2	841
Bas-Congo	3,8	25,8	25,0	20,8	24,5	100	3,5	633
Bandundu	4,5	21,8	31,7	31,3	10,6	100	3,3	982
Equateur	16,6	10,2	25,6	32,1	15,6	100	3,4	750
Orientale	15,7	26,5	24,8	27,3	5,6	100	2,9	1.121
Nord- Kivu	1,7	21,1	35,1	38,5	3,6	100	3,3	660
Sud-Kivu	9,1	18,8	20,0	22,0	30,1	100	3,8	599
Maniema	0,9	11,2	31,0	35,8	21,1	100	4,1	214
Katanga	12,5	29,5	24,0	21,1	13,0	100	3,1	1.250
Kasaï Oriental	11,7	37,8	27,6	15,6	7,3	100	2,8	843
Kasaï Occidental	4,6	25,7	25,9	25,7	18,1	100	3,5	707
Niveau de pauvreté								
Plus pauvres	12,6	22,5	30,4	31,5	3,0	100	3,0	1.850
Pauvres	14,1	30,2	24,2	22,0	9,5	100	2,9	1.772
Moyens	8,5	24,5	31,2	25,1	10,7	100	3,1	1.724
Riches	5,4	22,3	23,7	26,7	21,9	100	3,6	1.685
Plus riches	7,2	27,1	21,0	16,8	27,9	100	3,7	1.569
Ensemble du pays	9,7	25,3	26,3	24,6	14,1	100	3,3	8.600

Les ménages classés dans la catégorie des " riches " et des " plus riches " ont, dans leurs logements, plus de pièces à usage d'habitation que les autres : 45% des ménages les plus riches et 49% des ménages riches occupent des logements de plus de 3 pièces, contre 35% des ménages les plus pauvres et 32% des ménages pauvres. Le nombre moyen de pièces à usage d'habitation est de 3 pour les plus pauvres contre 4 pour les plus riches.

La province du Sud-Kivu a la plus forte proportion de logements ayant cinq pièces ou plus (30%), suivie des trois provinces ci-après : le Bas-Congo (25%), le Maniema (21%) et Kinshasa (21%). Les maisons à une seule pièce se trouvent surtout dans l'Equateur (17%), la Province Orientale (16%), le Katanga (13%) et Kinshasa (13%).

Encadré 2.1

Dans l'ensemble du pays, les ménages disposent en moyenne de 3,3 pièces à usage d'habitation dans leurs logements. Le nombre moyen de pièces est légèrement plus grand dans les ménages riches (4) que dans les ménages pauvres (3).

2.1.1.2. Nombre de chambres à coucher

MICS2 a considéré comme chambre à coucher une pièce aménagée essentiellement pour dormir. Ainsi, un salon n'était pas déclaré comme chambre à coucher, même si des gens y dorment, tandis qu'un " studio " est bien une chambre à coucher.

Le tableau 2.2 répartit les ménages par nombre de chambres à coucher en fonction de leur niveau de pauvreté, leur province et leur milieu de résidence.

Tableau 2.2 : Répartition (en %) des ménages selon le nombre de chambres à coucher et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Nombre de chambres à coucher					Nombre moyen de chambres à coucher	Effectif des ménages
	1	2	3	4	5 ou plus		
Milieu de résidence							
Urbain	43,2	29,4	17,6	6,6	3,1	2,0	2.578
Rural	40,6	33,0	19,7	3,8	2,8	2,0	6.022
Province							
Kinshasa	47,8	26,3	15,3	6,8	3,8	1,9	841
Bas-Congo	33,0	34,0	17,6	12,0	3,4	2,2	633
Bandundu	29,0	37,5	25,3	5,0	3,3	2,2	982
Equateur	27,6	29,6	32,2	5,0	5,6	2,3	750
Orientale	44,0	30,3	22,4	1,7	1,7	1,9	1.121
Nord- Kivu	34,2	44,3	19,5	1,3	0,7	1,9	660
Sud-Kivu	32,4	31,2	21,6	9,0	5,7	2,2	599
Maniema	12,9	33,6	37,5	5,2	10,8	2,7	214
Katanga	55,8	28,3	11,9	3,1	0,8	1,6	1.250
Kasaï Oriental	63,0	27,3	7,7	0,9	1,1	1,5	843
Kasaï Occidental	40,8	34,5	15,5	5,9	3,3	2,0	707
Niveau de pauvreté							
Plus pauvres	39,0	34,5	24,3	0,6	1,6	1,9	1.850
Pauvres	51,3	28,3	15,3	2,8	2,4	1,8	1.772
Moyens	44,2	35,2	15,9	3,1	1,7	1,8	1.724
Riches	33,4	32,3	22,1	7,9	4,3	2,2	1.685
Plus riches	38,5	29,1	17,7	9,8	4,9	2,1	1.569
Ensemble du pays	41,4	31,9	19,1	4,7	2,9	2,0	8.600

Pour l'ensemble du pays, le nombre moyen de chambres à coucher dans les logements est de 2. Cette moyenne ne change pas selon le milieu. Elle varie par contre selon la province, la valeur maximale étant observée au Maniema (2,7) et la plus faible au Kasaï Oriental (1,5).

On observe que 41% des ménages habitent dans des logements à une chambre. Près de 15% des ménages les plus riches occupent des logements de 4 chambres ou plus contre 2% des ménages les plus pauvres. Les deux Kasaï, le Katanga, la Province Orientale et Kinshasa ont la prédominance des habitations à 1 chambre.

La proportion des logements à une chambre s'est accrue légèrement en milieu urbain (43% en 2001 contre 36% en 1995), tandis qu'elle n'a pas changé en milieu rural. En même temps, celle des ménages ayant des logements à plus de 4 chambres a baissé sensiblement dans les 2 milieux de résidence.

Encadré 2.2

Dans l'ensemble du pays, les ménages disposent en moyenne de deux chambres à coucher; 41% de ménages n'ont qu'une chambre à coucher.

2.1.1.3. Degré de promiscuité

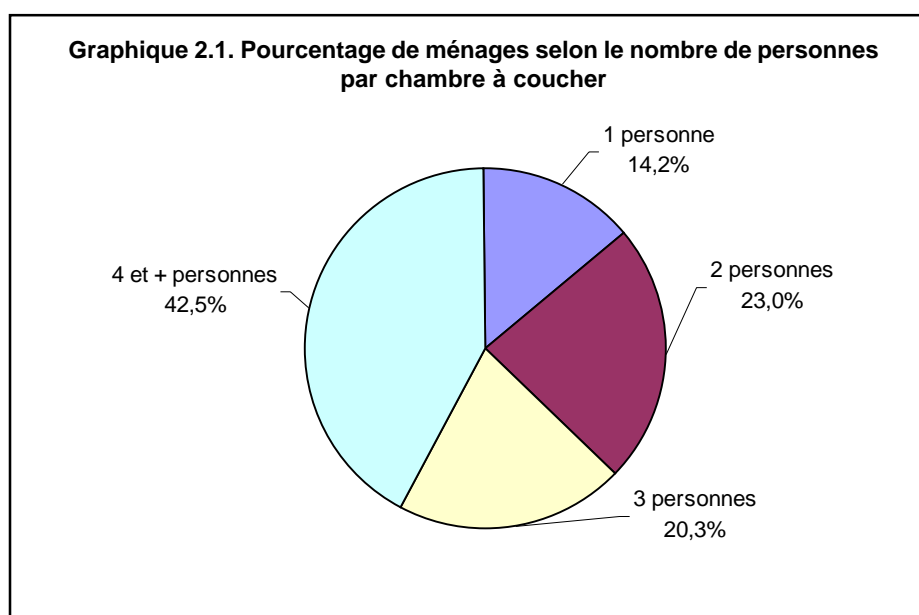
Le degré de promiscuité dans un ménage est défini par le nombre de personnes par chambre à coucher. Il montre l'encombrement des personnes dans ces chambres. Dans ce rapport, on considère qu'il y a une grande promiscuité lorsqu'il y a 4 personnes ou plus par chambre à coucher.

Le tableau 2.3 donne le degré de promiscuité selon le niveau de pauvreté, la province et le milieu de résidence des ménages. Dans l'ensemble du pays, 14% des ménages ont en moyenne une chambre à coucher par personne et 43% dorment à 4 ou plus par chambre à coucher. Ces derniers vivent dans une grande promiscuité.

Tableau 2.3 : Répartition (en %) des ménages selon le nombre de personnes par chambre à coucher et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Nombre de personnes par chambre à coucher					Taille moyenne des ménages	Effectif des ménages
	1	2	3	4 et +	Total		
Milieu de résidence							
Urbain	12,7	21,6	20,0	45,7	100	6,6	2.578
Rural	14,8	23,6	20,4	41,2	100	6,3	6.022
Province							
Kinshasa	12,2	19,8	19,2	48,8	100	6,7	841
Bas-Congo	23,5	28,1	21,3	27,1	100	5,6	633
Bandundu	17,3	27,6	21,6	33,6	100	6,5	982
Equateur	18,7	23,2	18,7	39,4	100	7,4	750
Orientale	14,6	24,8	17,6	43,0	100	6,3	1.121
Nord- Kivu	12,0	29,5	24,2	34,3	100	5,9	660
Sud-Kivu	19,5	23,9	22,6	34,0	100	6,6	599
Maniema	26,3	32,3	17,3	24,1	100	7,2	214
Katanga	9,1	17,6	20,4	52,9	100	6,1	1.250
Kasaï Oriental	8,7	15,7	17,6	58,0	100	6,0	843
Kasaï Occidental	8,0	21,6	23,2	47,2	100	6,8	707
Niveau de pauvreté							
Plus pauvres	17,1	24,8	20,1	38,0	100	5,9	1.850
Pauvres	11,0	21,4	20,1	47,5	100	6,2	1.772
Moyens	12,6	21,1	19,2	47,1	100	6,4	1.724
Riches	16,4	25,4	21,6	36,5	100	6,5	1.685
Plus riches	13,7	22,2	20,4	43,7	100	7,0	1.569
Ensemble du pays	14,2	23,0	20,3	42,5	100	6,4	8.600

La grande promiscuité est légèrement plus forte en milieu urbain (46% des ménages contre 41% en milieu rural). Cet encombrement des logements peut s'expliquer par les difficultés qu'éprouvent ceux-ci à construire des maisons spacieuses. L'accès au logement demeure en effet problématique en RDC, particulièrement dans les centres urbains, à cause, entre autres, de la faiblesse des revenus, du coût élevé des constructions et de l'incapacité de l'Etat à intervenir dans le secteur de logements (RNDH, 2000-2001). A cela s'ajoute la disparition de certaines facilités accordées jadis aux ménages par des structures telles que l'Office National de Logement (ONL), la Caisse Nationale d'Epargne et de Crédit Immobilier (CNCI), et la construction des logements par les employeurs.



Les provinces qui connaissent une grande promiscuité sont Kinshasa (49%), le Katanga (53%), les deux Kasai (58% pour le Kasai Oriental et 47% pour le Kasai Occidental) et la Province Orientale (43%). La faible promiscuité s'observe dans les provinces du Bas-Congo, de l'Equateur et de Maniema.

La proportion des logements à une chambre s'est accrue légèrement en milieu urbain par rapport à 1995 (36% en 1995 contre 43% en 2001). En même temps, la proportion des ménages ayant des logements de 4 chambres ou plus a baissé sensiblement dans les deux milieux de résidence (14% en 1995 contre 8% en 2001).

Encadré 2.3

Dans l'ensemble du pays, 14% seulement des ménages logent une personne par chambre à coucher. La proportion des logements à une chambre s'est accrue légèrement en milieu urbain (36% en 1995 contre 43% en 2001). En même temps, la proportion des ménages ayant des logements de 4 chambres ou plus a baissé sensiblement dans les deux milieux de résidence.

2.1.2. Qualité des logements

La qualité des logements peut avoir un impact positif ou négatif sur la santé de ses habitants. MICS2 a cherché à savoir de quel type de matériau sont faits le pavement, la toiture et les murs des logements dans lesquels résident les ménages congolais.

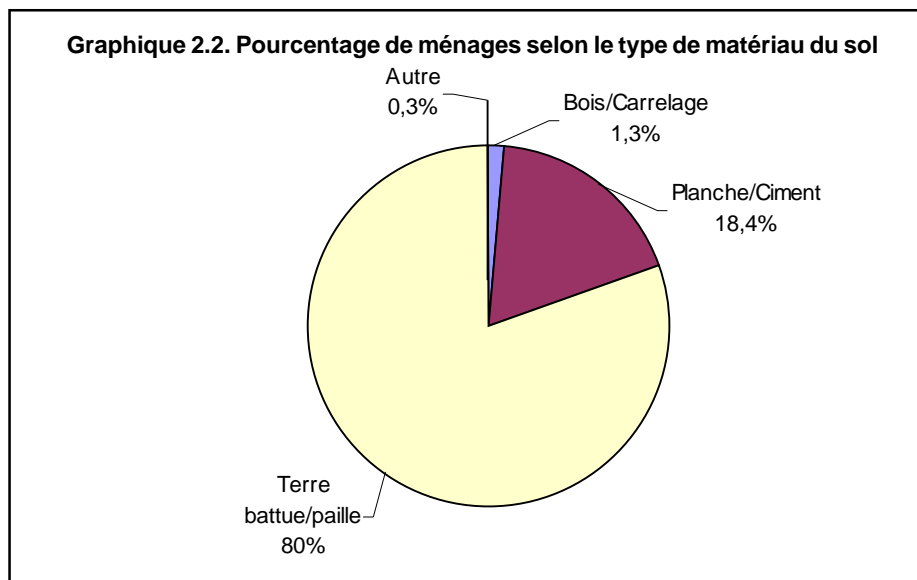
2.1.2.1. Le pavement

Le tableau 2.4 ci-dessous présente les différents types de matériau utilisés dans le pavement des habitations des ménages suivant les provinces et les milieux de résidence.

Tableau 2.4 : Répartition (en %) des ménages selon le type de matériau du sol des logements et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Type de matériau du sol des logements				Total	Effectif des ménages
	Bois / Carrelage	Planche/ Ciment	Terre battue/ Paille	Autre		
Milieu de résidence						
Urbain	3,5	52,9	43,4	0,2	100	2.578
Rural	0,3	3,7	95,6	0,4	100	6.022
Province						
Kinshasa	7,8	78,8	13,2	0,2	100	841
Bas-Congo	1,1	28,4	69,8	0,8	100	633
Bandundu	0,7	7,0	91,7	0,7	100	982
Equateur	0,2	5,4	94,3	0,1	100	750
Orientale	1,3	7,6	90,9	0,2	100	1.121
Nord- Kivu	0,3	3,7	95,7	0,3	100	660
Sud-Kivu	0,4	8,6	90,5	0,6	100	599
Maniema	0,4	7,3	92,2	0,0	100	214
Katanga	0,4	19,4	80,2	0,0	100	1.250
Kasai-Oriental	0,0	18,5	81,1	0,4	100	843
Kasai-Occidental	0,6	8,3	91,1	0,0	100	707
Ensemble du pays	1,3	18,4	80,0	0,3	100	8.600

Dans l'ensemble du pays, 8 ménages sur 10 habitent dans des logements où le matériau du sol est fait de terre battue ou de paille. La proportion des ménages vivant dans cet environnement est deux fois plus importante en milieu rural (96% des ménages) qu'en milieu urbain (43%). Sauf pour Kinshasa, cette proportion est égale ou supérieure à 70%. Il s'agit même de la quasi-totalité des ménages dans les provinces du Nord-Kivu, de l'Equateur et du Maniema.



En milieu urbain, 53% des ménages ont des logements avec un pavement en ciment ou en planche contre 4% en milieu rural.

Kinshasa se démarque de l'ensemble du pays. En effet, le matériau du sol dominant dans les logements demeure le ciment ou la planche, avec 79% des ménages. Les autres provinces suivent de loin : les proportions varient entre 28% au Bas-Congo et 4% au Nord-Kivu.

Encadré 2.4
 Dans l'ensemble du pays, 8 ménages sur 10 habitent dans des logements où le matériau du sol est fait de terre battue ou de paille. En milieu rural, la quasi totalité des ménages vivent dans de tels logements.

2.1.2.2. La toiture

Les types de matériau utilisés dans les différentes provinces et dans les deux milieux de résidence pour les toitures des habitations sont présentés dans le tableau 2.5 ci-dessous. Les toits sont faits en béton armé, ardoise, éternit, tuile, tôle galvanisée ou de récupération, chaume ou paille.

Tableau 2.5 : Répartition (en %) des ménages selon le type de matériau de la toiture du logement et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Type de matériau de la toiture du logement						Total	Effectif des ménages
	Dalle en béton	Ardoise/ Eternit/ Tuile	Tôle Galvanisée	Tôle de récupération	Chaume/ Paille	Autre		
Milieu de résidence								
Urbain	1,2	7,0	52,4	17,9	20,0	1,5	100	2.578
Rural	0,0	0,4	8,7	3,2	86,1	1,6	100	6.022
Province								
Kinshasa	3,1	12,5	62,7	17,8	3,7	0,1	100	841
Bas-Congo	0,0	1,3	36,4	6,7	52,1	3,6	100	633
Bandundu	0,0	1,0	11,7	2,3	85,0	0,0	100	982
Equateur	0,0	0,5	6,9	1,8	90,8	0,0	100	750
Orientale	0,2	0,8	8,1	5,3	83,0	2,6	100	1.121
Nord- Kivu	0,2	0,5	23,9	8,2	64,3	2,9	100	660
Sud-Kivu	0,0	0,2	26,9	11,2	61,3	0,4	100	599
Maniema	0,0	0,4	6,5	6,9	86,2	0,0	100	214
Katanga	0,2	4,2	15,8	10,0	67,1	2,7	100	1.250
Kasaï Oriental	0,1	0,4	25,7	9,7	61,6	2,5	100	843
Kasaï Occidental	0,0	1,4	16,1	2,8	79,7	0,0	100	707
Ensemble du pays	0,4	2,4	21,8	7,6	66,3	1,5	100	8.600

Le matériau dominant dans la construction des toitures est la paille ou le chaume avec 66% des logements, et cela plus particulièrement pour les logements du milieu rural (86%). Par contre, en milieu urbain, c'est la tôle galvanisée qui couvre la moitié des toits des logements.

Kinshasa compte 63% des ménages dont la toiture des logements est en tôle galvanisée. Quatre provinces la suivent de loin : le Bas-Congo (36%), le Sud-Kivu (27%), le Kasai Oriental (26%) et le Nord-Kivu (24%). Par contre, dans les autres provinces, la paille ou le chaume sont les plus utilisés : l'Equateur (91% des ménages), le Maniema (86%), le Bandundu (85%), la Province Orientale (83%) et le Kasai Occidental (80%).

Qu'il s'agisse du pavement ou de la toiture, on constate que la situation n'a presque pas changé par rapport à 1995. En effet, la proportion des ménages qui habitent dans des logements dont le pavement est en terre battue tourne toujours autour de 80%. De même, 68% des ménages logeaient dans des maisons couvertes de paille en 1995, et 66% en 2001.

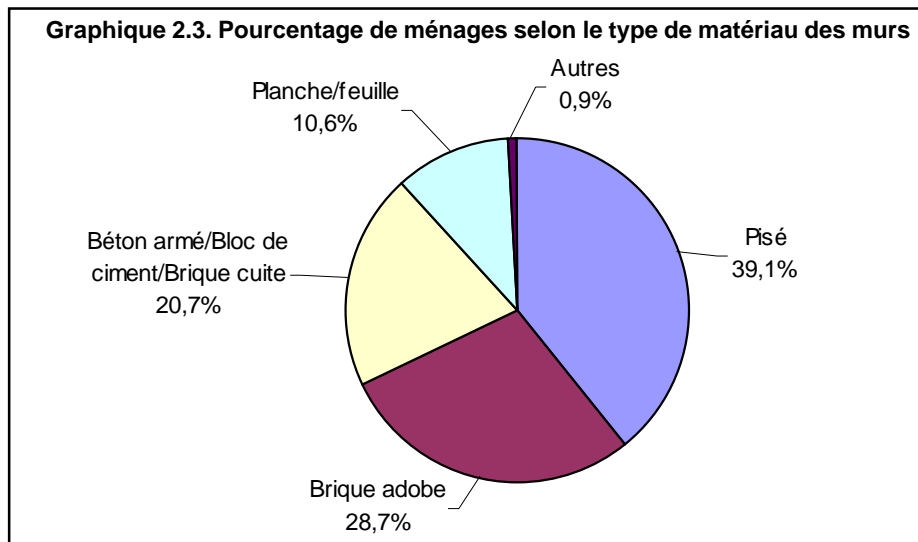
2.1.2.3. Les murs

Le tableau 2.6 présente les types de matériau utilisés pour les murs des logements. Les murs en pisé sont les plus fréquents dans les logements (39%), puis viennent ceux en briques adobes (29%) et en blocs de ciment ou en briques cuites (21%). Les planches ou les feuilles sont moins utilisées dans l'ensemble du pays (11%).

En milieu rural, l'utilisation des murs en pisé prédomine (50%), tandis qu'en milieu urbain ce sont les murs en blocs de ciment/brique cuite ou en béton armé (52%). Les briques adobes sont utilisées dans la même proportion en milieu urbain (30%) et en milieu rural (28%).

Tableau 2.6 : Répartition (en %) des ménages selon le type de matériau des murs et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Type de matériau des murs						Effectif des ménages
	Béton armé/ Bloc de ciment/ Brique cuite	Brique adobe	Pisé	Planche / feuille	Autres	Total	
Milieu de résidence							
Urbain	52,2	30,3	12,8	3,7	0,9	100	2.578
Rural	7,2	28,0	50,3	13,6	0,9	100	6.022
Province							
Kinshasa	89,4	3,1	3,7	2,1	1,7	100	841
Bas-Congo	42,1	46,7	3,6	2,5	5,1	100	633
Bandundu	3,5	17,1	47,0	32,1	0,3	100	982
Equateur	5,9	22,0	63,3	8,1	0,7	100	750
Orientale	7,3	4,5	80,4	7,2	0,6	100	1.121
Nord- Kivu	3,9	1,4	81,3	13,2	0,2	100	660
Sud-Kivu	6,7	23,2	52,9	16,6	0,7	100	599
Maniema	7,5	18,8	53,1	20,7	0,0	100	214
Katanga	24,5	67,2	2,9	5,3	0,1	100	1.250
Kasai-Oriental	17,0	52,1	30,1	0,7	0,1	100	843
Kasai-Occidental	9,8	41,9	30,3	17,2	0,8	100	707
Ensemble du pays	20,7	28,7	39,1	10,6	0,9	100	8.600



A Kinshasa, 9 logements sur 10 ont des murs en blocs de ciment, béton armé ou en briques cuites. Dans cinq provinces, les murs en pisé sont les plus fréquents: Province Orientale (80%), Nord-Kivu (81%), Equateur (63%), Sud-Kivu et Maniema (53%). Par contre, au Katanga et dans les deux Kasai, l'usage de la brique adobe est prépondérant. Les maisons avec murs en pisé sont rares dans le Katanga (3%), le Bas-Congo (4%) et à Kinshasa (4%), à cause sans doute du niveau d'industrialisation atteint par ces trois provinces par rapport à d'autres. Au Bas-Congo et au Katanga, en effet, les murs sont en briques adobes, en béton armé, en ciment et en briques cuites. Les planches/feuilles sont utilisées surtout dans les provinces de Bandundu (32%) et du Maniema (21%).

2.1.3. Statut d'occupation des logements

L'enquête MICS2 a distingué cinq catégories de chefs de ménage par rapport au statut d'occupation des logements: les propriétaires; les personnes logées par un parent, un ami ou les personnes sous-logées⁽¹⁾; les locataires; les personnes logées par l'employeur et les autres (gardien, par exemple).

Dans l'ensemble, près de 75% des chefs de ménage sont propriétaires de leur logement, tandis que 12% sont locataires et 10% hébergés, c'est-à-dire logés par un parent, un ami ou sous-logés. Le statut d'occupation du logement selon le niveau de la pauvreté, la province, le sexe du chef de ménage et le milieu de résidence est présenté dans le tableau 2.7.

Les ménages les plus riches sont autant propriétaires qu'ils sont locataires (39%). Toutes les autres catégories sont davantage propriétaires, avec une proportion supérieure à 80% des ménages. Ceci montre que le fait d'être propriétaire d'une " parcelle " ou d'un logement n'est pas un signe évident de richesse.

Encadré 2.5

En milieu rural, près de 9 ménages sur 10 sont propriétaires de leur logement contre 5 sur 10 en milieu urbain où la proportion des ménages locataires est de 35%. Dans la quasi-totalité des provinces, 2/3 des ménages sont propriétaires.

Parmi les hommes chefs de ménage, on compte 75% de propriétaires de logement. Cette proportion est légèrement inférieure pour le sexe féminin (69%). Si la proportion de locataires est la même pour les deux sexes (12%), les ménages dont le chef est de sexe féminin sont deux fois plus sous-logés (19%) que ceux dont le chef est un homme (9%).

En milieu rural, près de neuf ménages sur dix sont propriétaires de leur logement contre près de cinq sur dix en milieu urbain. Kinshasa a la proportion la plus faible de ménages propriétaires de logement parmi toutes les provinces (40%). Dans la quasi-totalité des provinces, la proportion des

⁽¹⁾ Ménages qui, en attendant de trouver un logement propre, occupent gratuitement une partie d'un logement d'un ami ou d'un membre de famille.

ménages propriétaires est au-delà de 68%, les plus hauts niveaux étant observés dans les provinces de Kasai Occidental, Bandundu, Sud-Kivu et le Maniema.

La prise en charge du logement par l'employeur est plutôt rare : 3% seulement des ménages jouissent de cet avantage.

Tableau 2.7 : Répartition (en %) des ménages selon le statut d'occupation du logement et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Statut d'occupation du logement					Total	Effectif des ménages
	Propriétaire	Logé par un parent / ami / sous-logé	Locataire	Logé par l'employeur	Autres		
Milieu de résidence							
Urbain	47,3	12,4	35,4	4,2	0,7	100	2.578
Rural	86,2	8,9	2,1	2,4	0,4	100	6.022
Province							
Kinshasa	40,2	12,2	43,6	2,6	1,2	100	841
Bas-Congo	70,7	9,0	12,0	7,7	0,6	100	633
Bandundu	87,1	5,9	3,7	3,1	0,3	100	982
Equateur	83,1	10,1	3,5	2,8	0,6	100	750
Orientale	83,2	8,9	4,0	2,7	1,1	100	1.121
Nord-Kivu	74,2	15,5	7,7	2,4	0,2	100	660
Sud-Kivu	84,7	11,4	3,5	0,3	0,0	100	599
Maniema	84,9	10,3	2,8	2,3	0,0	100	214
Katanga	67,6	12,1	15,5	4,1	0,7	100	1.250
Kasai Oriental	67,7	8,9	20,8	2,4	0,2	100	843
Kasai Occidental	87,6	5,5	6,2	0,6	0,0	100	707
Niveau de pauvreté							
Plus pauvres	89,6	7,9	1,1	1,0	0,5	100	1.850
Pauvres	85,2	10,8	2,7	0,7	0,7	100	1.772
Moyens	82,7	11,1	5,0	1,0	0,2	100	1.724
Riches	72,0	8,6	16,3	2,3	0,8	100	1.685
Plus riches	38,6	11,6	38,9	10,5	0,4	100	1.569
Sexe du chef de ménage							
Masculin	75,4	8,9	12,1	3,0	0,5	100	7.351
Féminin	69,3	15,7	12,1	2,3	0,6	100	1.249
Ensemble du pays	74,5	9,9	12,1	2,9	0,5	100	8.600

On observe en milieu urbain une légère tendance vers la propriété de logement : 47% en 2001 contre 44% de propriétaires en 1995 et 35% de locataires en 2001 contre 43% en 1995. La proportion des ménages sous-logés est restée constante entre 1995 et 2002 : 12%.

2.2. EAU DE BOISSON

Cette section examine la qualité de l'eau de boisson et l'accessibilité des ménages à celle-ci. L'eau, c'est la vie, dit-on. Mais une eau non potable peut être un vecteur important de maladies, telles que le trachome, le choléra, la fièvre typhoïde et la schistosomiase. MICS2 appréhende l'accès à l'eau de boisson de qualité ou en d'autres termes, l'eau à boire salubre, par rapport à la source principale d'eau de boisson, la distance entre le logement et la source d'eau, et au temps d'accès.

2.2.1. Sources principales d'eau de boisson

La population congolaise utilise plusieurs sources d'eau de boisson. L'enquête considère comme eau de boisson de qualité (ou eau à boire salubre), l'eau provenant d'une des sources suivantes : robinet dans le logement, robinet dans la cour ou parcelle, borne fontaine, puits à pompe, puits protégé ou aménagé, robinet dans la parcelle voisine, source aménagée.

Tableau 2.8 : Répartition (en %) de la population selon la source principale d'eau de boisson et certaines caractéristiques socio-démographiques

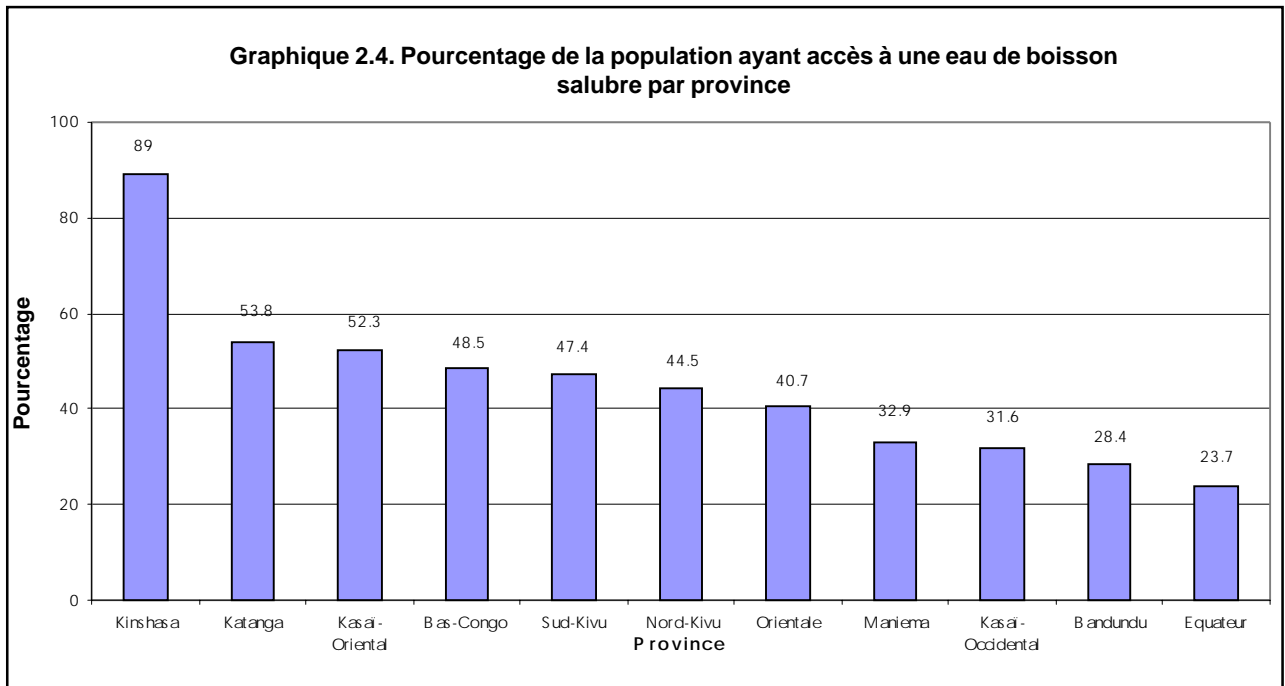
Caractéristiques	Source principale d'eau de boisson										
	Eau de robinet dans le logement	Eau de robinet dans la cour/ parcelle	Borne fontaine	Puits à pompe	Puits protégé	Source aménagée	Puits non protégé	Source non aménagée	Mare ruisseau ou fleuve	Eau de robinet dans la parcelle voisine	Autres
Milieu de résidence											
Urbain	7,0	30,6	5,9	2,5	7,9	12,1	3,2	8,6	2,4	17,8	1,9
Rural	0,1	0,4	3,4	0,8	1,5	20,8	5,8	41,9	22,5	1,5	1,3
Province											
Kinshasa	10,6	57,5	0,0	0,3	0,4	1,5	0,2	6,2	4,1	18,8	0,4
Bas-Congo	0,7	7,2	4,3	0,0	0,0	31,4	0,0	22,0	29,4	4,9	0,0
Bandundu	0,3	2,6	3,7	0,0	0,8	20,4	0,3	57,5	13,8	0,7	0,0
Equateur	0,1	0,5	0,0	0,3	6,2	16,5	3,8	56,2	16,2	0,0	0,1
Orientale	2,3	5,0	4,8	0,0	1,2	23,5	5,3	33,4	18,8	4,0	1,8
Nord-Kivu	0,5	1,9	12,1	0,8	1,1	25,3	0,4	37,6	12,2	2,7	5,2
Sud-Kivu	2,5	4,0	1,9	0,0	0,3	25,5	0,4	32,4	17,8	13,2	1,9
Maniema	0,0	0,0	0,0	6,7	3,1	23,1	5,8	33,4	27,9	0,0	0,0
Katanga	3,7	7,5	8,5	5,2	13,0	9,1	23,5	7,8	12,7	6,8	2,1
Kasaï Oriental	0,4	9,7	3,3	2,9	3,1	15,6	0,9	36,5	10,2	17,3	0,2
Kasaï Occidental	0,0	0,3	4,6	0,2	3,8	22,6	4,1	29,1	30,9	0,1	4,3
Niveau d'instruction du chef de ménage											
Sans instruction	0,5	4,0	3,5	1,0	2,2	20,0	7,3	35,1	21,0	3,0	2,4
Primaire	0,6	3,3	3,8	1,0	3,3	20,2	6,7	36,3	20,1	3,3	1,4
Secondaire ou plus	4,0	15,7	4,7	1,6	4,1	15,7	3,3	27,7	12,2	9,7	1,3
Prog. non formel	1,8	23,0	5,4	2,4	5,2	26,5	0,5	16,8	8,5	9,6	0,2
Sexe du chef de ménage											
Masculin	2,2	9,0	4,1	1,2	3,5	18,3	5,2	32,3	16,7	6,2	1,4
Féminin	2,8	15,5	5,0	1,9	3,6	16,8	4,0	26,0	12,7	9,3	2,3
Ensemble du pays	2,2	9,8	4,2	1,3	3,5	18,1	5,0	31,6	16,2	6,5	1,5

Le tableau 2.8 montre que 46% de la population consomme une eau de qualité : 29% en milieu rural contre 84% en milieu urbain.

L'Equateur, le Bandundu et le Maniema sont les provinces les plus défavorisées dans ce domaine, avec respectivement 24%, 28% et 33% seulement de la population qui boivent de l'eau de qualité. Au Katanga et au Kasai Oriental, un peu plus de la moitié de la population consomme une eau de boisson de qualité. Cette proportion est de 89% à Kinshasa.

Encadré 2.6

En RDC, 46% de la population utilisent de l'eau de boisson de qualité. La situation est très préoccupante en milieu rural où 29% seulement de la population utilisent une eau à boire saine contre 84% en milieu urbain.



Par rapport à 1995, l'accès à l'eau potable s'est légèrement amélioré. Il est passé de 42% pour l'ensemble de la population à 46%. Cette amélioration concerne plus le milieu rural (29% en 2001 contre 26% en 1995) que le milieu urbain (84% en 2001 contre 89% en 1995).

2.2.2. Distance pour atteindre la source d'eau

MICS2 a appréhendé la distance qui sépare le logement de la source d'eau de boisson. Les déclarations des enquêtés ont été vérifiées par les enquêteurs qui se sont rendus personnellement à la source d'eau de boisson de leur site. Le tableau 2.9 présente les proportions de ménages selon la distance entre le logement et la source d'eau.

Dans l'ensemble du pays, 30% seulement de la population ont l'eau sur place ou à moins de 100 m. Les autres doivent parcourir des centaines de mètres, voire des kilomètres, pour obtenir de l'eau à boire.

La différence est importante entre milieu urbain (61%) et milieu rural (16%). Kinshasa se démarque des autres provinces avec 85% de la population qui a accès à l'eau à boire sur place ou dans les 100 mètres. Les provinces du Bandundu, du Kasai Occidental et du Maniema sont les plus défavorisées avec des taux inférieurs à 15%.

Tableau 2.9 : Répartition (en %) de la population selon la distance entre le logement et la source principale d'eau, et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Distance entre le logement et la source principale d'eau							Total	Effectif de la population
	Dans le logement	Moins de 100 mètres	Entre 100 et 500 mètres	Entre 500 et 1000 mètres	Plus de 1 km	Ne sait pas			
Milieu de résidence									
Urbain	37,7	23,2	15,7	15,4	7,5	0,5	100	17.064	
Rural	0,7	15,1	39,0	30,6	13,9	0,8	100	37.912	
Province									
Kinshasa	67,5	17,7	6,3	5,3	3,2	0,0	100	5.668	
Bas-Congo	7,6	16,2	32,2	24,7	18,6	0,6	100	3.493	
Bandundu	2,3	6,7	21,1	42,0	26,9	1,0	100	6.363	
Equateur	1,6	25,8	31,8	23,8	16,6	0,4	100	5.508	
Orientale	7,7	14,3	49,5	22,1	6,2	0,3	100	7.031	
Nord- Kivu	2,1	28,6	41,8	19,9	7,4	0,1	100	3.947	
Sud-Kivu	5,4	22,2	29,5	24,0	18,4	0,4	100	3.923	
Maniema	0,0	14,4	65,0	13,4	4,5	2,7	100	1.540	
Katanga	13,1	20,4	32,5	28,9	4,5	0,6	100	7.623	
Kasaï Oriental	10,0	18,1	31,7	30,8	7,0	2,4	100	5.062	
Kasaï Occidental	0,3	11,4	31,4	38,3	18,1	0,6	100	4.817	
Ensemble du pays	12,2	17,6	31,8	25,9	11,9	0,7	100	54.976	

2.2.3. Temps et distance pour chercher l'eau à boire salubre

L'accès facile de la population à la source d'eau de boisson de qualité est analysé par rapport au temps nécessaire pour se rendre à la source, attendre pour obtenir l'eau et pour revenir à la maison, en utilisant le moyen de déplacement le plus courant, ou par rapport à la distance qui sépare le logement de la source d'eau.

On considère qu'une personne a un accès facile à une eau de boisson de qualité lorsqu'elle dispose de cette eau sur place ou lorsqu'elle peut en disposer dans les 15 minutes, ou à moins de 100 mètres du logement. Le tableau 2.10 indique les proportions de la population qui ont un accès facile à l'eau à boire salubre par province et par milieu de résidence.

Qu'il s'agisse du temps ou de la distance, 22%, soit près d'un cinquième seulement de la population, a un accès facile à l'eau de boisson de qualité. La différence entre milieux urbain et rural est encore plus criante que pour l'accès à la source d'eau en général : 95% de la population rurale n'ont pas un accès facile à l'eau de boisson de qualité, contre 42% de la population urbaine.

Encadré 2.7

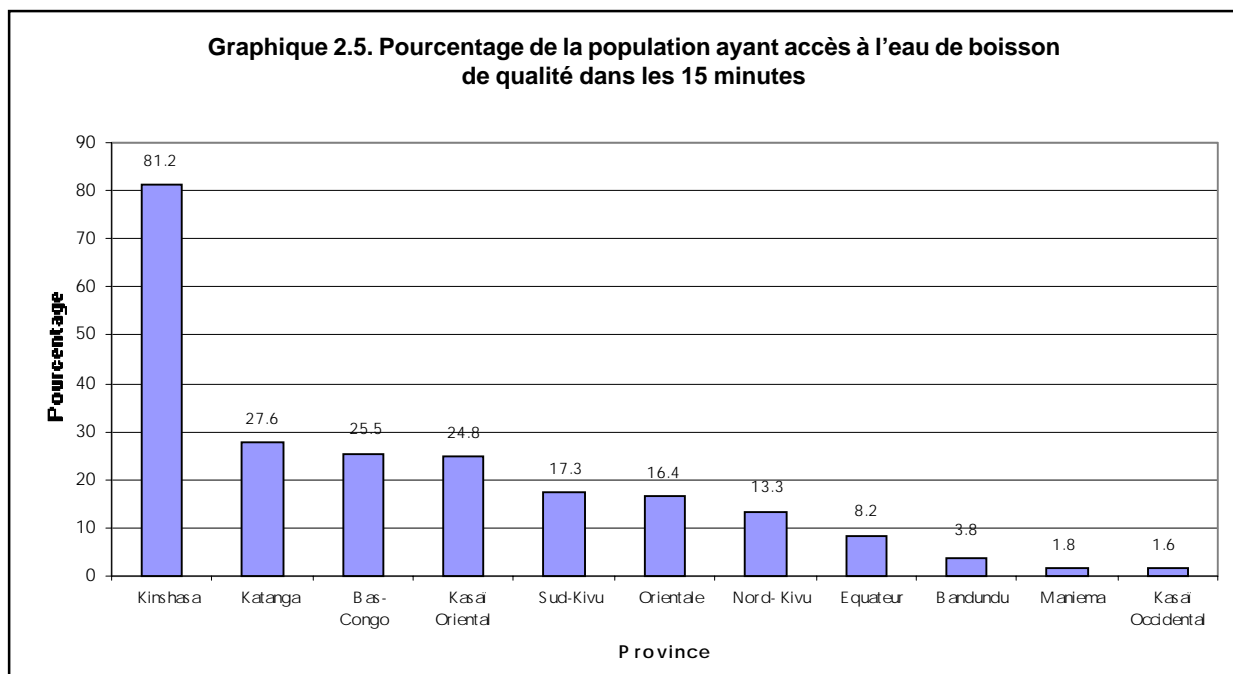
Environ 95% de la population rurale du pays n'ont pas un accès facile à l'eau de boisson de qualité. Dans toutes les provinces, 70 à 98% de la population doivent marcher pendant plus de 15 minutes ou au-delà de 100 mètres pour disposer de l'eau à boire salubre. Le fardeau qui pèse sur les femmes en milieu rural, qui ont la charge de la quête de l'eau, est particulièrement lourd.

La proportion de la population qui a un accès facile à l'eau de boisson de qualité est élevée à Kinshasa (84%).

Tableau 2.10 : Répartition (en %) de la population ayant un accès facile à l'eau de boisson de qualité selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Accès à l'eau de boisson de qualité	Accès à l'eau de qualité sur place ou à moins de 100 mètres	Accès à l'eau de qualité sur place ou dans les 15 minutes	Effectif de la population totale
Milieu de résidence				
Urbain	83,9	58,3	57,0	17.064
Rural	28,5	5,4	6,0	37.912
Province				
Kinshasa	89,0	84,3	81,2	5.669
Bas-Congo	48,5	21,4	25,5	3.493
Bandundu	28,4	4,3	3,8	6.363
Equateur	23,7	6,8	8,2	5.508
Orientale	40,7	13,5	16,4	7.031
Nord- Kivu	44,5	14,2	13,3	3.947
Sud-Kivu	47,4	17,9	17,3	3.923
Maniema	32,9	7,6	1,8	1.540
Katanga	53,8	28,3	27,6	7.623
Kasaï Oriental	52,3	24,8	24,8	5.062
Kasaï Occidental	31,6	1,5	1,6	4.817
Ensemble du pays	45,7	21,8	21,9	54.976

Dans toutes les autres provinces, 70 à 98% de la population doivent marcher pendant plus de 15 minutes ou au-delà de 100 mètres pour disposer de l'eau de boisson de qualité. Ces proportions renseignent sur le fardeau qui pèse sur les femmes, surtout en milieu rural, car c'est principalement elles qui ont la charge d'aller puiser l'eau.



2.3. ASSAINISSEMENT DES LOGEMENTS

L'environnement immédiat a un impact certain sur la situation sanitaire des personnes qui y vivent. La présente section examine les types de toilettes utilisées, le système sanitaire pour le traitement des excréments, les modes d'évacuation des eaux usées et des ordures ménagères.

2.3.1. Types de toilettes utilisées

Le tableau 2.11 présente la répartition des ménages en fonction des différents types de toilettes qu'ils utilisent effectivement ; l'enquête a tenu compte, en effet, de l'utilisation plutôt que de la possession. On y observe que la proportion de la population qui utilise des toilettes hygiéniques est de 46% dans l'ensemble du pays. Sont considérées comme toilettes hygiéniques dans cette enquête, les toilettes connectées au système d'égouts et les toilettes à chasse d'eau (1%), les latrines améliorées - latrines à évacuation (7%) et latrines à ventilation (0,3%) - ainsi que les latrines traditionnelles couvertes (37%). Si l'on ne tient pas compte des latrines traditionnelles couvertes (incluses ici pour raison de comparabilité internationale des données), on constate que moins de 10% de ménages ont accès à des toilettes hygiéniques.

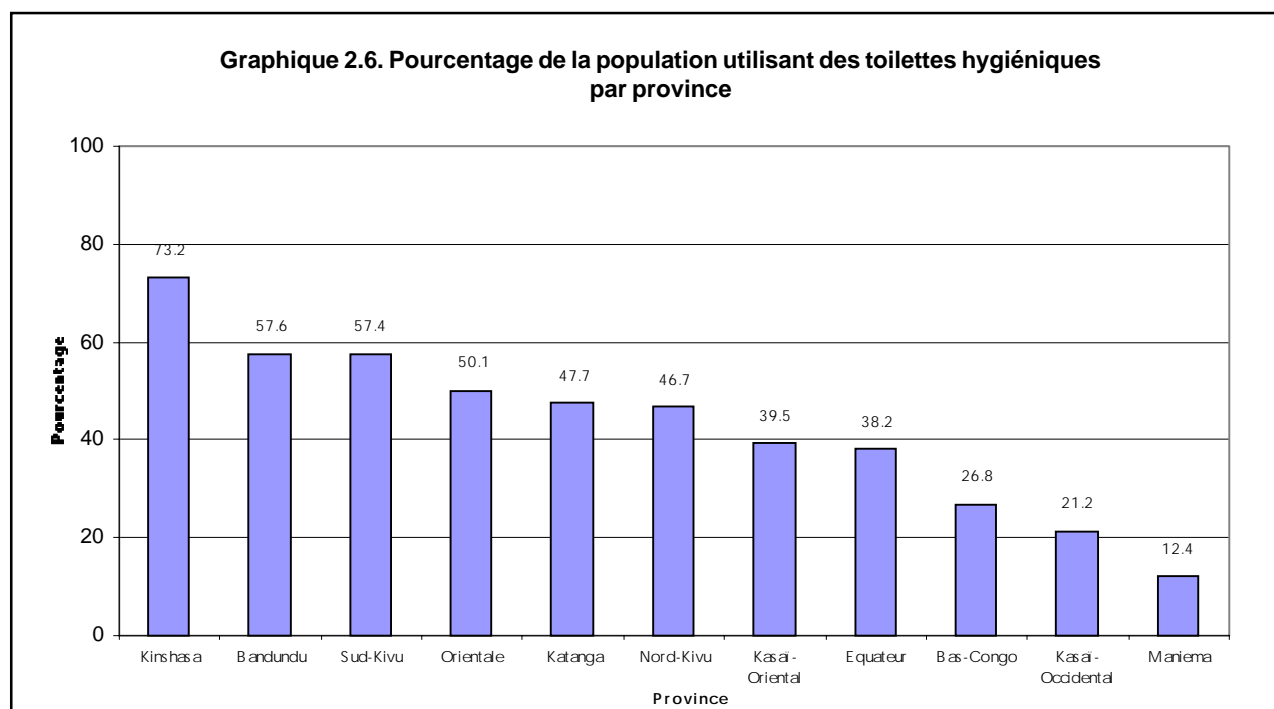
Tableau 2.11 : Répartition (en %) de la population selon le type de toilettes utilisées et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Type de toilettes utilisées									Total toilettes hygiéniques	Effectif de la population
	Chasse raccordée et égouts	Latrines à évacuation	Latrines améliorées à ventilation	Latrines traditionnelles couvertes	Latrines traditionnelles non couvertes	Trou ouvert	Autres	Pas de toilette, brousse ou champ	Total		
Milieu de Résidence											
Urbain	4,1	22,4	0,7	33,5	29,0	6,6	0,5	3,2	100	60,7	17.064
Rural	0,1	0,3	0,1	38,9	38,0	6,9	0,4	15,2	100	39,4	37.912
Province											
Kinshasa	7,4	50,5	1,4	13,9	15,9	9,8	0,1	1,1	100	73,2	5.669
Bas-Congo	0,2	3,8	0,4	22,4	41,5	12,9	2,4	16,4	100	26,8	3.493
Bandundu	0,0	0,4	0,0	57,2	25,1	5,2	0,2	12,0	100	57,6	6.363
Equateur	0,0	0,8	0,0	37,4	37,4	4,6	1,0	18,8	100	38,2	5.508
Orientale	2,0	1,6	0,4	46,1	37,9	3,7	0,3	8,0	100	50,1	7.031
Nord-Kivu	0,0	0,7	0,2	45,7	39,7	8,2	0,5	4,9	100	46,7	3.947
Sud-Kivu	0,0	0,8	0,4	56,1	28,8	4,7	0,4	8,8	100	57,4	3.923
Maniema	0,0	0,0	0,0	12,4	78,7	3,1	0,5	5,3	100	12,4	1.540
Katanga	2,0	7,5	0,4	37,8	20,8	15,0	0,0	16,4	100	47,7	7.623
Kasaï Oriental	0,2	1,6	0,0	37,6	44,6	2,2	0,0	13,7	100	39,5	5.062
Kasaï Occidental	0,0	1,1	0,0	20,1	61,2	1,7	0,2	15,7	100	21,2	4.817
Ensemble du pays	1,3	7,2	0,3	37,2	35,2	6,8	0,4	11,5	100	46,0	54.976

En milieu urbain, 61% de la population utilisent des latrines hygiéniques contre 39% en milieu rural. Presque 2/3 de la population de Kinshasa ont accès à des latrines hygiéniques. Le Bas-Congo (27%), le Kasaï Occidental (21%) et le Maniema (12%) ont, par contre, les proportions les plus faibles de la population ayant accès à un système sanitaire d'évacuation des excréments.

Encadré 2.8

Dans l'ensemble du pays, 46% de la population utilisent des toilettes hygiéniques : 61% en milieu urbain et 39% en milieu rural.



2.3.2. Localisation des toilettes

Comme pour l'eau, MICS2 a cherché à savoir où sont localisées les toilettes par rapport au logement. Le tableau 2.12 révèle que 82% de la population disposant de toilettes utilisent des toilettes situées dans la cour ou la parcelle, 4% dans le logement et 14% hors de la cour ou de la parcelle.

En milieu urbain, la proportion de la population dont les toilettes se situent dans le logement, la parcelle ou la cour est de 97%. Au regard de la fraction de la population qui utilise des latrines hygiéniques (46%), il faudrait admettre que la majorité de la population de nos villes vivent dans un environnement peu salubre, près de 54% de toilettes non hygiéniques utilisées étant situées dans le logement, dans la cour ou la parcelle.

Tableau 2.12 : Répartition (en %) de la population ayant des toilettes selon la localisation de celles-ci et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Localisation des toilettes				Effectif de la population ayant des toilettes
	Dans le logement	Dans la cour / parcelle	Hors de la cour / parcelle	Total	
Milieu de résidence					
Urbain	10,3	86,9	2,8	100	16.526
Rural	1,2	79,7	19,1	100	32.134
Province					
Kinshasa	12,7	84,4	3,0	100	5.609
Bas-Congo	2,5	81,8	15,7	100	2.920
Bandundu	0,9	75,7	23,4	100	5.600
Equateur	1,4	85,1	13,6	100	4.472
Orientale	6,9	73,7	19,4	100	6.467
Nord- Kivu	1,3	83,2	15,4	100	3.754
Sud-Kivu	1,5	74,9	23,6	100	3.580
Maniema	2,0	79,9	18,1	100	1.458
Katanga	5,6	87,1	7,3	100	6.370
Kasaï Oriental	5,0	90,2	4,8	100	4.370
Kasaï Occidental	1,1	87,8	11,1	100	4.060
Ensemble du pays	4,3	82,1	13,6	100	48.660

2.3.3. Traitement des excréments des petits enfants

Ont été considérés comme petits enfants ceux de la tranche d'âge de 0 à 3 ans dont on a cherché à savoir ce que les parents font de leurs excréments (tableau 2.13). Les données montrent que 72% des ménages utilisent des moyens hygiéniques de traitement des excréments des petits enfants: soit que les enfants utilisent les toilettes (3%), soit que leurs excréments sont jetés dans les toilettes (69%).

Les excréments des petits enfants ne sont pas traités de façon hygiénique (jetés en dehors de la cour, enterrés dans la cour ou laissés traîner par terre) dans des proportions assez élevées dans quelques provinces, notamment le Kasai Occidental (36%) et l'Equateur (30%). En milieu rural, 31% de la population ne réservent pas un traitement hygiénique aux excréments des petits enfants contre 8% dans les villes

Tableau 2.13 : Répartition (en %) des ménages ayant des enfants de 0-36 mois selon le traitement de leurs excréments et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Utilisent toujours les toilettes	Jettent dans les toilettes	Jettent en dehors de la cour	Enterrent dans la cour	Ne sont pas jetés, restent par terre	Autres	Total	Effectif des ménages avec enfants de 0 à 36 mois
Milieu de résidence								
Urbain	2,7	86,7	2,9	4,4	0,4	2,9	100	1.720
Rural	2,4	62,0	18,8	8,5	3,3	4,9	100	4.169
Province								
Kinshasa	2,8	88,2	1,6	5,2	0,1	2,2	100	540
Bas-Congo	2,0	63,7	17,2	4,7	6,2	6,2	100	412
Bandundu	0,7	69,6	12,0	11,6	0,9	5,2	100	725
Equateur	1,0	62,0	22,9	5,8	1,7	6,6	100	534
Orientale	3,4	72,3	13,1	6,3	1,0	3,9	100	739
Nord-Kivu	3,9	74,2	11,9	4,9	1,7	3,3	100	428
Sud-Kivu	3,1	67,4	20,1	3,8	1,8	3,9	100	433
Maniema	2,5	82,2	11,7	0,6	0,0	3,1	100	150
Katanga	3,7	65,6	13,9	7,8	4,2	4,8	100	823
Kasai Oriental	3,4	67,3	14,4	10,5	0,9	3,5	100	559
Kasai Occidental	1,0	58,8	18,0	11,0	7,1	4,0	100	547
Ensemble du pays	2,5	69,3	14,2	7,3	2,4	4,3	100	5.889

2.3.4. Mode d'évacuation des eaux usées

Le tableau 2.14 présente les différents modes d'évacuation des eaux usées en RDC : égouts, caniveaux d'eaux pluviales, puits perdu, trou dans les parcelles ou la rue, jet à la volée dans la parcelle ou la rue. Les trois premiers sont considérés ici comme modes d'évacuation hygiéniques. Ils sont très peu utilisés dans l'ensemble du pays : 9% seulement de la population.

Les moyens hygiéniques d'évacuation des eaux usées sont principalement utilisés par la catégorie des ménages les plus riches (32%), en milieu urbain (24%) et à Kinshasa (34%).

En milieu rural, les eaux usées sont évacuées principalement par un trou ou elles sont jetées à la volée dans la parcelle ou dans la rue : 92% des ménages ruraux ont recours à ces moyens.

Encadré 2.9
 Dans l'ensemble du pays, 9% seulement de la population utilisent des modes hygiéniques d'évacuation des eaux usées. Cette proportion est de 24% en milieu urbain et de 3% en milieu rural.

Tableau 2.14 : Répartition (en %) des ménages selon les moyens sanitaires d'évacuation des eaux usées et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Eva- cuation par les égouts	Caniveaux d'eaux pluviales	Puits perdu	Trou dans la parcelle / rue	A la volée dans la parcelle, dans la rue	Autre	Total	Total moyens sanitaires hygiéniques d'évacuation	Effectif des ménages
Milieu de Résidence									
Urbain	4,7	16,8	2,1	23,2	50,5	2,7	100	23,6	2.578
Rural	0,1	1,7	1,0	16,9	75,5	4,7	100	2,9	6.022
Province									
Kinshasa	7,5	25,4	1,5	17,4	45,2	3,1	100	34,4	841
Bas-Congo	5,8	3,9	0,0	9,5	74,8	6,0	100	9,7	633
Bandundu	0,1	0,2	1,2	39,7	56,4	2,4	100	1,5	982
Equateur	0,1	1,1	0,4	5,5	84,3	8,7	100	1,6	750
Orientale	0,0	7,1	2,9	6,0	80,5	3,5	100	10,0	1.121
Nord- Kivu	0,2	1,8	0,0	4,3	84,7	9,1	100	2,0	660
Sud-Kivu	0,2	11,0	1,1	8,6	76,7	2,4	100	12,3	599
Maniema	0,0	9,0	0,9	0,0	73,3	16,8	100	9,9	214
Katanga	1,5	6,8	0,9	23,6	65,0	2,2	100	9,2	1.250
Kasaï Oriental	0,5	2,7	2,3	33,2	60,1	1,4	100	5,4	843
Kasaï Occidental	0,3	0,6	2,8	36,0	58,7	1,7	100	3,7	707
Niveau de Pauvreté									
Plus pauvres	0,1	1,1	1,0	14,5	78,7	4,7	100	2,2	1.850
Pauvres	0,2	1,8	0,8	16,8	75,7	4,8	100	2,8	1.772
Moyens	0,0	1,9	1,3	22,9	70,1	3,8	100	3,2	1.724
Riches	0,2	6,2	1,9	21,4	66,1	4,3	100	8,3	1.685
Plus riches	7,8	22,1	2,0	18,8	46,6	2,8	100	31,9	1.569
Ensemble du pays	1,5	6,2	1,4	18,8	68,0	4,1	100	9,1	8.600

2.3.5. Mode d'évacuation des ordures ménagères

Les ménages congolais évacuent leurs ordures ménagères à travers un service organisé public ou privé, par incinération ou enfouissement, par jet sur la voie publique, dans un cours d'eau, dans un dépotoir sauvage ou en les transformant en compost ou fumier. Le service organisé, l'incinération, l'enfouissement et le compost/fumier sont considérés comme des moyens sanitaires d'évacuation des ordures ménagères.

Il ressort du tableau 2.15 que près de 60% de la population enquêtée ne font pas usage de moyens hygiéniques pour se débarrasser des ordures ménagères : 46% des ménages les jettent simplement dans des dépotoirs sauvages, 4% sur la voie publique, 2% dans les cours d'eau et 6% ailleurs. Cette pratique contribue à la pollution du cadre de vie des ménages.

Tableau 2.15 : Répartition (en %) des ménages selon les moyens sanitaires d'évacuation des ordures ménagères et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Service organisé public ou privé	Incinération	Enfouissement	Compost / fumier	Voie publique	Cours d'eau	Dépotoir sauvage	Autre	Total	Total moyens hygiéniques d'évacuation	Effectif des ménages
Milieu de résidence											
Urbain	10,9	8,6	21,9	12,2	8,7	2,4	30,8	4,4	100	53,7	2.578
Rural	0,0	4,8	12,9	19,6	1,6	2,0	52,5	6,7	100	37,2	6.022
Province											
Kinshasa	29,1	6,4	14,6	11,6	6,2	6,6	21,6	3,9	100	61,7	841
Bas-Congo	1,8	9,6	10,3	6,0	1,9	0,0	61,5	9,0	100	27,6	633
Bandundu	0,0	7,4	27,7	14,6	4,5	0,5	39,5	5,8	100	49,7	982
Equateur	0,0	4,9	3,2	5,0	0,5	8,8	75,5	2,1	100	13,0	750
Orientale	0,2	4,6	5,3	16,7	1,0	2,9	61,5	7,8	100	26,8	1.121
Nord- Kivu	0,8	0,8	8,4	56,3	0,2	0,2	24,2	9,1	100	66,3	660
Sud-Kivu	1,7	4,1	5,4	53,5	5,2	0,6	29,0	0,6	100	64,7	599
Maniema	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	99,1	0,0	100	0,9	214
Katanga	0,7	9,2	18,9	14,9	4,0	0,7	44,2	7,4	100	43,7	1.250
Kasaï Oriental	0,0	6,6	20,4	4,4	12,0	0,1	45,9	10,6	100	31,4	843
Kasaï Occidental	0,0	4,8	42,3	10,7	1,7	1,5	36,5	2,5	100	57,8	707
Niveau de pauvreté											
Plus pauvres	0,0	2,4	10,7	20,4	1,0	2,3	57,5	5,7	100	33,5	1.850
Pauvres	0,1	5,6	12,0	16,4	1,6	1,7	55,4	7,2	100	34,1	1.772
Moyens	0,0	7,6	17,6	20,3	2,3	1,6	45,3	5,4	100	45,5	1.724
Riches	0,8	6,6	19,9	19,6	5,4	1,4	39,2	7,3	100	46,8	1.685
Plus riches	17,0	7,9	18,6	9,4	9,0	4,0	29,9	4,2	100	52,9	1.569
Ensemble du pays	3,3	5,9	15,6	17,4	3,7	2,1	46,0	6,0	100	42,2	8.600

La proportion des ménages n'utilisant pas de moyens sanitaires hygiéniques d'évacuation des ordures est de 46% en milieu urbain contre 63% en milieu rural. Les ménages les plus pauvres utilisent moins les moyens sanitaires hygiéniques d'évacuation des ordures (34%) que les ménages les plus riches (53%).

2.4. SECURITE ALIMENTAIRE

La situation de la sécurité alimentaire est décrite à travers les variables ci-après : existence ou non de stock des vivres, d'un champ de produits vivriers ou de l'argent pour nourrir le ménage ; nombre de repas consommés par jour ; et encadrement des ménages par un agent de développement.

2.4.1. Réserves alimentaires

Au total, 66% de ménages affirment disposer des réserves alimentaires, c'est-à-dire disposent d'un stock de vivres, d'un champ de produits vivriers ou de l'argent. La proportion est plus élevée en milieu rural (76%) à cause du mode de production paysanne basée essentiellement sur l'agriculture.

Tableau 2.16 : Répartition (en %) des ménages selon la disponibilité des réserves alimentaires et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Disponibilité des réserves alimentaires		Effectif des ménages
	Oui	Non	
Milieu de résidence			
Urbain	43,6	56,4	2.578
Rural	75,6	24,4	6.022
Province			
Kinshasa	26,8	73,2	841
Bas-Congo	83,1	16,9	633
Bandundu	82,0	18,0	982
Equateur	62,5	37,5	750
Orientale	67,5	32,5	1.121
Nord-Kivu	84,9	15,1	660
Sud-Kivu	34,1	65,9	599
Maniema	52,6	47,4	214
Katanga	64,8	35,2	1.250
Kasaï Oriental	64,1	35,9	843
Kasaï Occidental	94,1	5,9	707
Ensemble du pays	66,0	34,0	8.600

Dans les centres urbains, la situation est moins favorable, car plus de la moitié des citadins ne disposent pas de réserves alimentaires (56%). A Kinshasa, les trois quarts des habitants vivent au jour le jour : ils ne disposent ni de stocks de vivre ni de l'argent pour assurer leur alimentation.

La sécurité alimentaire est également précaire dans les provinces suivantes : Sud-Kivu (66%), Maniema (47%), Equateur (37%), Kasaï-Oriental (36%) et Katanga (35%).

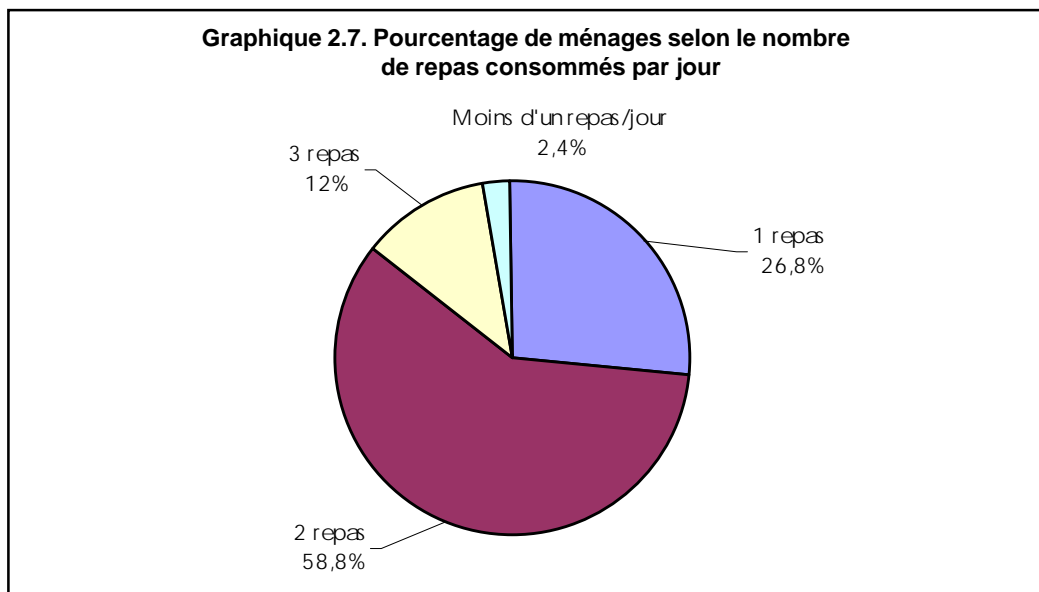
2.4.2. Nombre de repas par jour

Le nombre de repas par jour est un des indicateurs de l'apport alimentaire. Bien qu'il ne prenne pas en compte les aspects qualitatifs comme la fraîcheur, la propreté et la qualité nutritive des aliments, il permet toutefois d'apprécier l'objectif primordial de toute personne, celui de se nourrir.

Tableau 2.17 : Répartition (en %) des ménages selon le nombre de repas journaliers et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Nombre de repas				Effectif des ménages	Nombre moyen de repas par jour
	1	2	3	Moins d'un repas par jour		
Milieu de résidence						
Urbain	38,0	52,5	7,8	1,7	2.578	1,7
Rural	22,0	61,5	13,8	2,7	6.022	1,9
Province						
Kinshasa	23,3	62,3	12,6	1,8	841	1,9
Bas-Congo	11,5	75,3	10,4	2,8	633	1,9
Bandundu	8,9	63,2	27,3	0,6	982	2,2
Equateur	44,9	42,2	8,3	4,6	750	1,6
Orientale	34,9	51,0	9,6	4,5	1.121	1,7
Nord-Kivu	14,7	72,1	11,0	2,2	660	1,9
Sud-Kivu	36,0	53,8	5,2	5,0	599	1,6
Maniema	21,5	56,5	21,6	0,4	214	2,0
Katanga	28,7	61,1	9,3	0,9	1.250	1,8
Kasaï Oriental	42,2	43,8	11,8	2,2	843	1,7
Kasaï Occidental	20,8	70,1	8,3	0,9	707	1,9
Ensemble du pays	26,8	58,8	12,0	2,4	8.600	1,8

Dans l'ensemble, 27% des ménages consomment un seul repas par jour et 59% en consomment deux. La majorité de la population, soit 86%, prennent ainsi moins de trois repas par jour. Dans les centres urbains, ce sont 91% des ménages qui ne peuvent pas consommer trois repas par jour. A Kinshasa, la proportion est de 86%.



Le tableau fait ressortir un fait dramatique: 2% de la population congolaise consomment moins d'un repas par jour et donc ne mangent pas tous les jours. Cette situation est plus préoccupante dans le Sud-Kivu, à l'Equateur et dans la Province Orientale qui sont des provinces à vocation agricole mais où 5% des ménages mangent moins d'un repas par jour.

Encadré 2.11
 Dans l'ensemble, 27% des ménages consomment un seul repas par jour et 59% en consomment deux. Ainsi la majorité de la population, 86%, prennent moins de trois repas par jour.

2.4.3. Encadrement des ménages par les agents de développement

Le tableau 2.18 présente la proportion des ménages qui ont reçu l'encadrement d'un agent de développement au cours des 6 derniers mois dans différents domaines de l'agriculture.

Dans l'ensemble du pays, 13% seulement des ménages ont bénéficié des conseils ou des enseignements des structures d'encadrement et de vulgarisation agricoles ou des agents de développement. Cet encadrement a été réalisé essentiellement dans le domaine de l'agriculture (9% de ménages) et dans une moindre mesure dans celui de l'élevage (4%) et celui des pratiques nutritionnelles (3%).

Tableau 2.18 : Répartition (en %) des ménages selon l'accès aux structures d'encadrement et de vulgarisation agricole et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Ménages encadrés	Domaine							Effectif des Ménages
		Agriculture	Maraîchage	Élevage	Pisciculture	Transformation alimentaire	Nutrition	Autre	
Milieu de résidence									
Urbain	3,9	1,5	0,3	0,9	0,3	0,6	1,0	0,7	2.578
Rural	17,4	1,3	1,4	4,9	2,6	1,3	3,9	3,2	6.022
Province									
Kinshasa	3,1	0,7	0,2	0,5	0,1	1,1	0,7	0,6	841
Bas-Congo	19,9	16,7	0,5	7,7	0,0	0,5	0,6	0,9	633
Bandundu	40,5	31,1	7,1	14,1	9,5	3,6	8,4	4,9	982
Equateur	5,9	4,7	0,7	1,2	0,5	0,0	3,2	0,1	750
Orientale	7,9	4,3	0,6	1,2	1,0	2,1	1,7	1,6	1.121
Nord-Kivu	10,9	7,0	0,0	5,0	0,2	1,4	5,2	2,4	660
Sud-Kivu	17,5	12,4	0,0	2,2	0,2	0,2	1,8	6,5	599
Maniema	17,2	11,7	0,9	6,1	6,5	0,0	0,9	0,9	214
Katanga	3,2	2,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	0,6	1.250
Kasaï Oriental	8,7	2,6	0,4	0,9	0,2	0,6	4,7	4,2	843
Kasaï Occidental	19,5	14,6	0,0	5,7	4,7	0,6	4,7	4,5	707
Niveau de pauvreté									
Plus pauvres	15,7	12,9	1,8	3,2	2,2	1,1	4,4	2,9	1.850
Pauvres	16,9	11,3	1,6	6,6	4,1	1,1	3,4	3,1	1.772
Moyens	16,8	11,8	1,1	4,8	1,7	1,6	3,8	2,9	1.724
Riches	11,8	7,4	0,3	2,8	0,9	0,7	2,4	2,2	1.685
Plus riches	4,4	1,9	0,5	0,9	0,2	0,9	0,8	0,8	1.569
Ensemble du pays	13,4	9,3	1,1	3,7	1,9	1,1	3,0	2,4	8.600

Les ménages pauvres et moyens ont été plus encadrés que les ménages riches et ce, quel que soit le domaine considéré. De même, les ménages ruraux bénéficient de plus d'encadrement que les ménages urbains dans tous les domaines. Les provinces qui bénéficient le plus de l'encadrement des agents de développement sont le Bandundu (41%), le Bas-Congo (20%), le Kasaï Occidental (20%), le Sud-Kivu (18%) et le Maniema (17%). Tandis que le Katanga et l'Equateur sont les provinces les moins suivies avec respectivement 3% et 6% de ménages encadrés.

2.5. SITUATION D'ACTIVITE DE LA POPULATION ADULTE

Il a été demandé à chaque membre du ménage son activité principale, c'est-à-dire l'activité qui l'occupe pendant la plus grande partie de son temps, même s'il effectue d'autres travaux. Les réponses obtenues permettent de se faire une idée sur le statut professionnel de la population d'âge actif (15-64 ans).

Le tableau 2.19 indique que 57% de la population âgée de 15 à 64 ans exercent une activité économique : travailleurs salariés, travailleurs non salariés et travailleurs agricoles. La majorité des travailleurs est occupée dans le secteur agricole (41%) : agriculture, pêche, élevage, chasse. La proportion est de 56% en milieu rural, contre 11% en milieu urbain. L'activité agricole n'est donc pas totalement absente en milieu urbain. Elle est pratiquée comme activité principale ou occasionnelle, dans les parcelles et les jardins situés dans la périphérie des villes, et témoigne de la ruralité des villes congolaises.

Tableau 2.19 : Répartition (en %) de la population de 15 à 64 ans selon le statut d'occupation et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Enfants non scolarisés	Elèves/ Etudiants	Travailleurs salariés	Travailleurs non salariés	Travailleurs agricoles	Retraités	Ménagères	Chômeurs	Inactifs	Total	Effectif de la population
Milieu de résidence											
Urbain	4,0	23,6	14,2	17,4	10,4	0,4	20,1	7,0	2,9	100	8.860
Rural	7,0	14,7	3,9	4,7	56,0	0,1	9,1	2,0	2,4	100	18.530
Province											
Kinshasa	3,4	24,1	15,5	19,1	3,8	0,5	19,9	11,2	2,5	100	3.150
Bas-Congo	6,0	19,8	9,0	7,9	49,4	0,3	4,3	1,6	1,8	100	1.732
Bandundu	3,6	23,3	5,9	6,7	45,6	0,1	8,2	3,6	3,1	100	3.226
Equateur	7,2	15,3	4,4	7,3	45,3	0,1	15,6	2,3	2,6	100	2.694
Orientale	6,3	13,8	4,3	5,9	46,9	0,1	17,5	2,6	2,6	100	3.560
Nord-Kivu	9,1	10,7	4,4	1,7	67,1	0,1	3,3	2,5	0,9	100	1.863
Sud-Kivu	8,0	12,5	3,1	7,7	52,4	0,1	8,7	4,0	3,5	100	1.905
Maniema	5,1	20,7	5,0	3,5	39,4	0,1	20,6	1,5	3,5	100	790
Katanga	7,9	16,4	6,7	7,8	41,1	0,2	14,3	3,0	2,7	100	3.743
Kasaï Oriental	5,2	16,7	6,0	18,9	30,2	0,4	17,6	2,3	2,7	100	2.480
Kasaï Occidental	5,1	19,1	13,2	4,0	50,3	0,1	4,7	1,6	1,9	100	2.247
Niveau de pauvreté											
Plus pauvres	6,2	13,0	2,7	4,3	57,4	0,1	11,4	2,3	2,5	100	5.498
Pauvres	7,2	14,2	3,2	5,4	57,1	0,1	8,3	2,0	2,4	100	5.295
Moyens	7,3	13,7	4,6	5,3	52,9	0,2	11,6	2,2	2,3	100	5.267
Riches	6,3	18,6	8,5	11,2	37,1	0,2	12,1	3,0	3,0	100	5.478
Plus riches	3,4	27,5	16,4	17,0	5,3	0,4	19,3	8,2	2,5	100	5.852
Sexe											
Masculin	4,8	24,4	12,0	11,8	38,2	0,4	0,0	5,6	2,8	100	13.157
Féminin	7,2	11,3	2,8	6,1	44,1	0,0	24,4	1,8	2,3	100	14.232
Age											
15-29 ans	11,4	33,0	2,8	5,9	29,1	0,0	10,9	4,2	2,6	100	14.437
30-59 ans	0,0	0,4	12,4	12,4	55,1	0,2	14,9	3,0	1,6	100	12.226
60 ans et plus	0,0	0,0	8,6	6,1	50,8	3,6	11,6	2,1	17,1	100	727
Ensemble du pays	6,0	17,6	7,2	8,8	41,3	0,2	12,7	3,6	2,5	100	27.390

La faible proportion des travailleurs salariés (7%) est révélatrice de ce que le Rapport National sur le Développement Humain qualifie de "l'effondrement de l'emploi moderne". Ce rapport renseigne que "le volume de la main-d'œuvre salariée est tombée de 8% en 1958 à 2% en 1997" (RNDH, 2001), parce que 1) l'Etat n'a pas pris des mesures qui incitent les investisseurs (nationaux ou étrangers) à la création d'emplois ; 2) les contraintes des programmes d'ajustement structurel ont envoyé des milliers de salariés au chômage ou même à l'inactivité ; 3) les pillages des années 1991 et 1993 ont conduit à la suppression d'un bon nombre d'emplois qui restaient encore, et 4) la guerre a lessivé le peu d'infrastructures restantes là où elle a sévi, réduisant par conséquent l'offre de travail.

Les travailleurs non salariés, c'est-à-dire les personnes qui exercent une activité économique pour laquelle elles ne perçoivent pas un salaire (activités indépendantes autres que l'agriculture), sont un peu plus nombreux (9%) que les travailleurs salariés (7%). Ceci corrobore le fait bien connu de la prédominance du secteur informel en RDC. Ce secteur accueille des millions de personnes, y compris les jeunes diplômés, qui ne trouvent pas d'emplois, ceux qui développent des activités informelles pour suppléer leur salaire et ceux dont ces activités sont exercées pour l'enrichissement (Pain, 1980).

La proportion des travailleurs salariés de sexe masculin (12%) est quatre fois plus élevée que celle des femmes salariées (3%). L'écart est plus réduit lorsqu'on considère le travail non salarié, où les femmes représentent la moitié des travailleurs hommes. Les femmes travaillent surtout dans le secteur informel (6%), tandis que les hommes sont aussi nombreux dans le secteur formel qu'informel (12%). Les pesanteurs culturelles, les obligations maternelles et conjugales, et le retard pris par la femme congolaise pour sa scolarisation expliqueraient ce faible accès à l'emploi salarié.

C'est à Kinshasa que la proportion des travailleurs salariés est la plus élevée (16%). Elle est suivie par le Kasaï Occidental (13%), le Bas-Congo (9%) et le Katanga (7%). Ces résultats renseignent sur les inégalités du pays en matière d'industrialisation et de potentialités d'emplois du secteur moderne.

Ce sont les personnes les plus riches qui exercent le plus les emplois salariés (12%) ou se retrouvent dans le secteur informel (17%). Par contre, les populations pauvres sont de loin plus nombreuses dans les activités agricoles (57%).

Encadré 2.12

Deux personnes en âge de travailler sur cinq sont occupées dans le secteur agricole. L'emploi salarié ne concerne que 7% de la population de 15 à 64 ans.

Les femmes travaillent deux fois plus dans le secteur informel que dans le formel.

L'indicateur de développement humain (IDH)

Cet indicateur sert à montrer comment la précarité du cadre de vie des ménages qui vient d'être décrite dans les sections précédentes se traduit à travers le niveau du développement humain atteint par les différentes provinces de la RDC. Il résume la situation relative au taux d'alphabétisation des adultes ; l'espérance de vie à la naissance ; le taux brut de scolarisation ; et le PIB par habitant en PPA (Parité du Pouvoir d'Achat). Il permet de mesurer le niveau de pauvreté non seulement en termes monétaires, mais plutôt en rapport avec les besoins fondamentaux des populations qui en sont victimes.

Les inégalités de développement humain qui sont observées au niveau des provinces permettront par ailleurs de bien interpréter la situation des enfants et des femmes de chaque province, en ce qui concerne la santé, la mortalité, l'éducation, la nutrition, etc. Le tableau 2.20 ci-après donne les niveaux de l'IDH calculés en se basant sur les données collectées par MICS2 ⁽¹⁾.

Tableau 2.20 : Indice de développement humain des différentes provinces

Province	Taux d'alphabétisation des adultes	Espérance de vie à la naissance	Taux brut de scolarisation des enfants de 6 - 23 ans	PIB par habitant en dollars PPA	Somme des indicateurs	IDH
Kinshasa	89,5	55,9 (0,515)	55,4 (0,781)	2.929 (0,564)	1.860	0,620
Bas-Congo	70,0	45,4 (0,340)	50,6 (0,635)	1.238 (0,420)	1.395	0,465
Bandundu	70,5	51,9 (0,448)	51,3 (0,641)	293 (0,179)	1.269	0,423
Equateur	56,6	42,7 (0,295)	35,0 (0,494)	229 (0,138)	0.927	0,309
Orientale	65,8	43,3 (0,305)	41,7 (0,578)	282 (0,173)	1.056	0,352
Nord-Kivu	52,2	43,7 (0,312)	28,8 (0,444)	995 (0,383)	1.139	0,380
Sud-Kivu	61,7	42,5 (0,292)	34,6 (0,527)	604 (0,300)	1.118	0,373
Maniema	64,7	47,2 (0,370)	44,1 (0,578)	641 (0,310)	1.258	0,419
Katanga	64,0	44,7 (0,328)	38,5 (0,555)	1.249 (0,421)	1.305	0,435
Kasaï Oriental	74,8	46,6 (0,360)	52,3 (0,673)	739 (0,334)	1.367	0,456
Kasaï Occidental	70,2	44,4 (0,323)	48,4 (0,629)	744 (0,335)	1.288	0,429

⁽¹⁾ Les données de base proviennent de MICS2, à l'exception du PIB/hab. en PPA tiré du RNDH (2001) et qui est supposé constant de 1999 (année d'estimation du RNDH) à 2001 ; les valeurs entre parenthèses sont les indicateurs définis par la méthode de calcul de l'IDH, à savoir l'indicateur de l'espérance de vie à la naissance, l'indicateur du niveau d'instruction, et l'indicateur du PIB réel en PPA.

Ce tableau montre les niveaux de développement humain des différentes provinces du pays. Ainsi, Kinshasa vient en tête, suivie du Bas-Congo puis du Kasai Oriental, etc. La province de l'Equateur demeure celle où le niveau est le plus faible.

CONCLUSION

Les résultats suivants ressortent de l'analyse des données sur le cadre de vie :

- Les ménages congolais disposent en moyenne de 3,3 pièces à usage d'habitation dans leurs logements. Par ailleurs, on observe une prédominance des habitations à une chambre dans les deux provinces du Kasai, au Katanga, dans la Province Orientale et à Kinshasa.
- La taille moyenne des ménages en RDC est de 6,4 personnes et le nombre moyen de chambres à coucher est de 2.
- Le pavement des habitations est généralement en terre battue ou en paille. L'usage de ce type de matériaux caractérise particulièrement les habitations en milieu rural (96% de ménages). Dans les centres urbains et en particulier à Kinshasa, les pavements sont surtout en ciment ou en planche.
- Les toitures des maisons sont surtout couvertes de paille (66% de ménages), avec une prédominance de ce matériau en milieu rural (86%). La tôle galvanisée couvre la moitié des logements en milieu urbain (52%) et un peu plus à Kinshasa (63%).
- Les murs en pisé sont les plus fréquents (39%), suivis des murs en briques adobes (29%) et en blocs de ciment ou en briques cuites (21%). Les planches ou les feuilles sont rarement utilisées dans le pays. Toutefois, si la variation entre les milieux ruraux et urbains est minime, certaines provinces se démarquent dans l'usage des murs en pisé : la Province Orientale, le Nord-Kivu, l'Equateur, le Sud-Kivu et le Maniema.
- L'accès à l'eau de boisson salubre est encore assez faible : 46% seulement de la population consomme de l'eau provenant d'un robinet dans le logement, d'un robinet dans la cour ou dans la parcelle voisine, d'une borne fontaine, d'un puits à pompe, d'un puits protégé ou d'une source aménagée. Seulement 22% des ménages ont un accès facile à l'eau potable dans les 15 minutes du lieu d'habitation. Dans l'ensemble du pays, seulement 30% de ménages ont de l'eau sur place, c'est-à-dire dans le logement ou à moins de 100 mètres.
- Moins de la moitié de la population (46%) utilise des toilettes hygiéniques, c'est-à-dire celles qui sont connectées au système d'égouts, qui ont une chasse d'eau, les latrines améliorées et les latrines traditionnelles couvertes.
- La localisation des toilettes par rapport au logement montre qu'une proportion importante de la population (86%) utilise des toilettes situées dans le logement, la cour ou la parcelle. Cette proportion atteint même 97% en milieu urbain.
- L'étude a montré que 24% de la population n'utilisent pas des moyens sanitaires hygiéniques de traitement des excréments des petits enfants. La situation est particulièrement préoccupante dans les provinces du Kasai Occidental (36%) et de l'Equateur (30%).
- Les modes d'évacuation des eaux usées considérés comme hygiéniques, c'est-à-dire l'évacuation par les égouts, les caniveaux d'eaux pluviales et par puits perdu sont principalement utilisés par les riches (32%) et en milieu urbain (24%). En milieu rural, les eaux

usées sont surtout évacuées par un trou ou jetées à la volée dans la parcelle ou dans la rue (92% des ménages).

- La population congolaise fait face à une insécurité alimentaire relativement élevée. En effet, 34% de ménages ne disposaient pas, au moment de l'enquête, de réserves alimentaires, c'est-à-dire soit un stock de vivres, soit un champ de produits vivriers, soit de l'argent. Par ailleurs, 27% de la population prennent un seul repas par jour, et seulement 59% en consomment deux. Il y a 2% de congolais qui ne mangent pas tous les jours.

En définitive, les deux objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants relatifs à l'accès universel à l'eau à boire salubre et aux systèmes sanitaires d'évacuation des excréments ne sont pas atteints, et la situation demeure préoccupante surtout pour les populations rurales.

INTRODUCTION

Ce chapitre examine les structures de la population par âge, sexe et état matrimonial ainsi que la taille et la composition des ménages (section 3.1) ; les niveaux, tendances et facteurs de variation de la fécondité (section 3.2) ; les niveaux, tendances et facteurs de variation de la mortalité des enfants (section 3.3) ; la mortalité maternelle (section 3.4).

Le Sommet Mondial pour les Enfants avait fixé comme objectifs relatifs à la mortalité et à la fécondité :

- objectif 1 : réduction du tiers des taux de mortalité infantile et de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans les deux cas, ou réduction respectivement à 50 ou 70 pour mille, entre 1990 et 2000;
- objectif 2 : réduction de moitié du taux de mortalité maternelle pendant la même période;
- objectif 10 : accès de tous les couples aux informations et services pour prévenir les grossesses qui sont trop tôt, trop peu espacées, trop tard ou trop nombreuses.

MICS1 a estimé la mortalité infantile à 148 pour mille et la mortalité infanto-juvénile à 220 pour mille, mais n'avait pas mesuré la mortalité maternelle.

3.1. STRUCTURES DE LA POPULATION

3.1.1. Structure de la population par âge et sexe

Le tableau 3.1 présente la répartition de la population par âge et sexe.

Tableau 3.1 : Répartition (en %) de la population totale par groupe d'âge quinquennal selon le milieu de résidence et le sexe

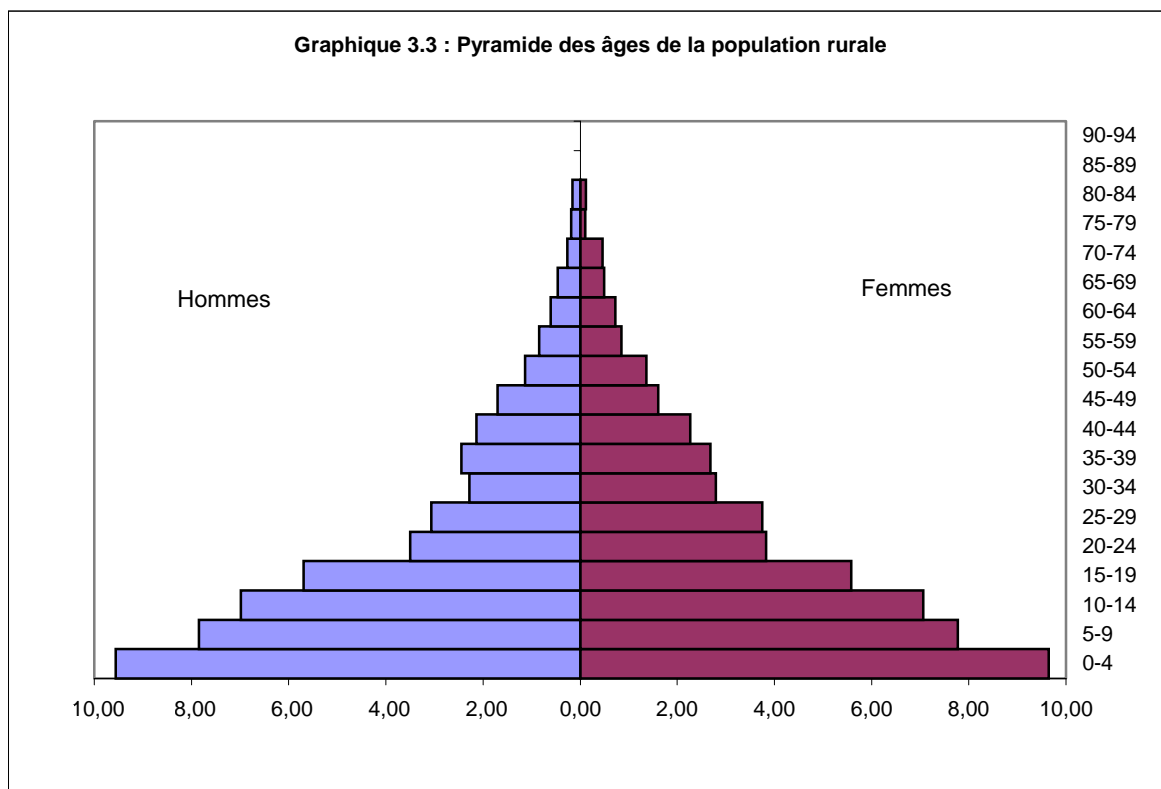
Groupes d'âge	Urbain			Rural			Ensemble du pays		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0-4	9,3	8,9	18,2	9,6	9,6	19,2	9,5	9,4	18,9
5-9	7,1	7,3	14,4	7,8	7,8	15,6	7,6	7,6	15,2
10-14	6,6	7,0	13,5	7,0	7,1	14,0	6,9	7,0	13,9
15-19	5,7	5,9	11,6	5,7	5,6	11,3	5,7	5,7	11,4
20-24	4,1	5,0	9,1	3,5	3,8	7,3	3,7	4,2	7,9
25-29	3,3	4,1	7,4	3,1	3,8	6,8	3,1	3,9	7,0
30-34	2,8	3,2	6,0	2,3	2,8	5,1	2,4	2,9	5,4
35-39	2,8	2,5	5,3	2,4	2,7	5,1	2,6	2,6	5,2
40-44	2,3	2,0	4,3	2,1	2,3	4,4	2,2	2,2	4,4
45-49	1,6	1,4	3,0	1,7	1,6	3,3	1,7	1,5	3,2
50-54	1,1	1,1	2,2	1,1	1,4	2,5	1,1	1,3	2,4
55-59	0,8	0,9	1,7	0,8	0,9	1,7	0,8	0,9	1,7
60-64	0,6	0,7	1,3	0,6	0,7	1,3	0,6	0,7	1,3
65-69	0,6	0,3	0,9	0,5	0,5	1,0	0,5	0,4	0,9
70-74	0,3	0,3	0,6	0,3	0,5	0,7	0,3	0,4	0,7
75-79	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3
80+	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2
Total	49,2	50,8	100,0	48,9	51,1	100,0	49,0	51,0	100,0
Effectif	8.387	8.675	17.062	18.530	19.384	37.914	26.917	28.059	54.976

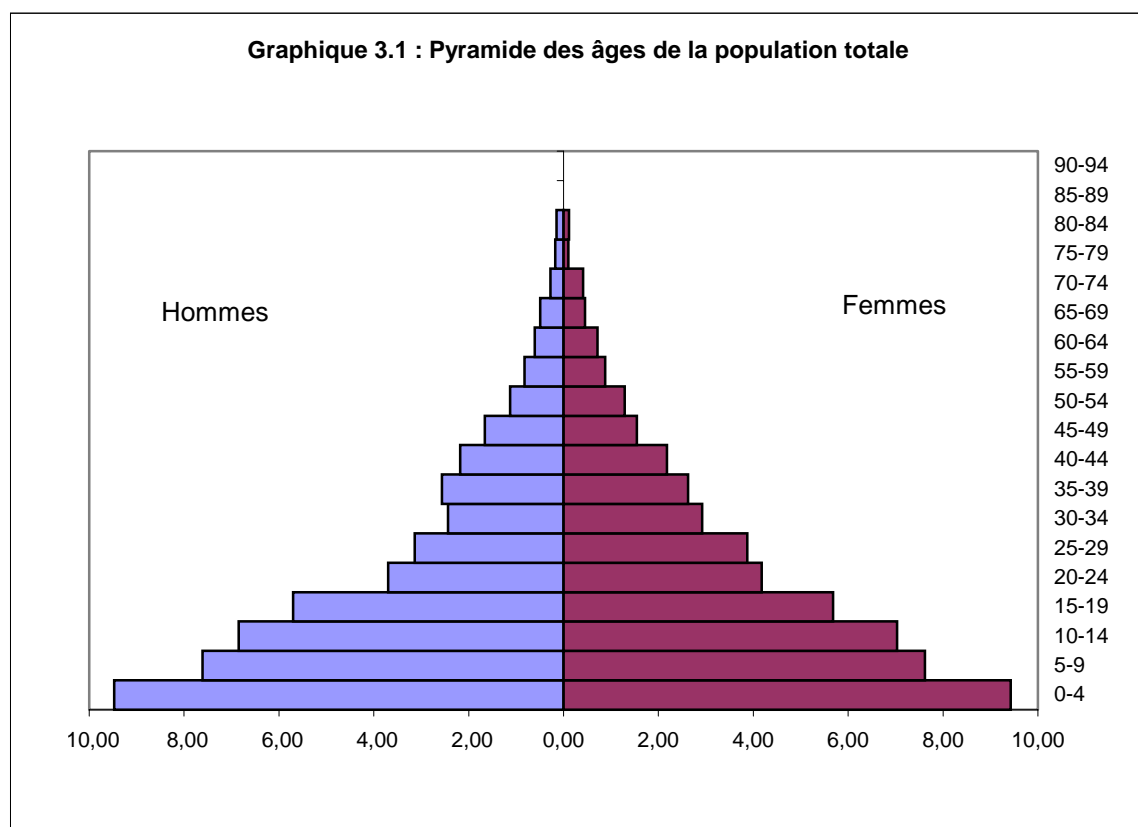
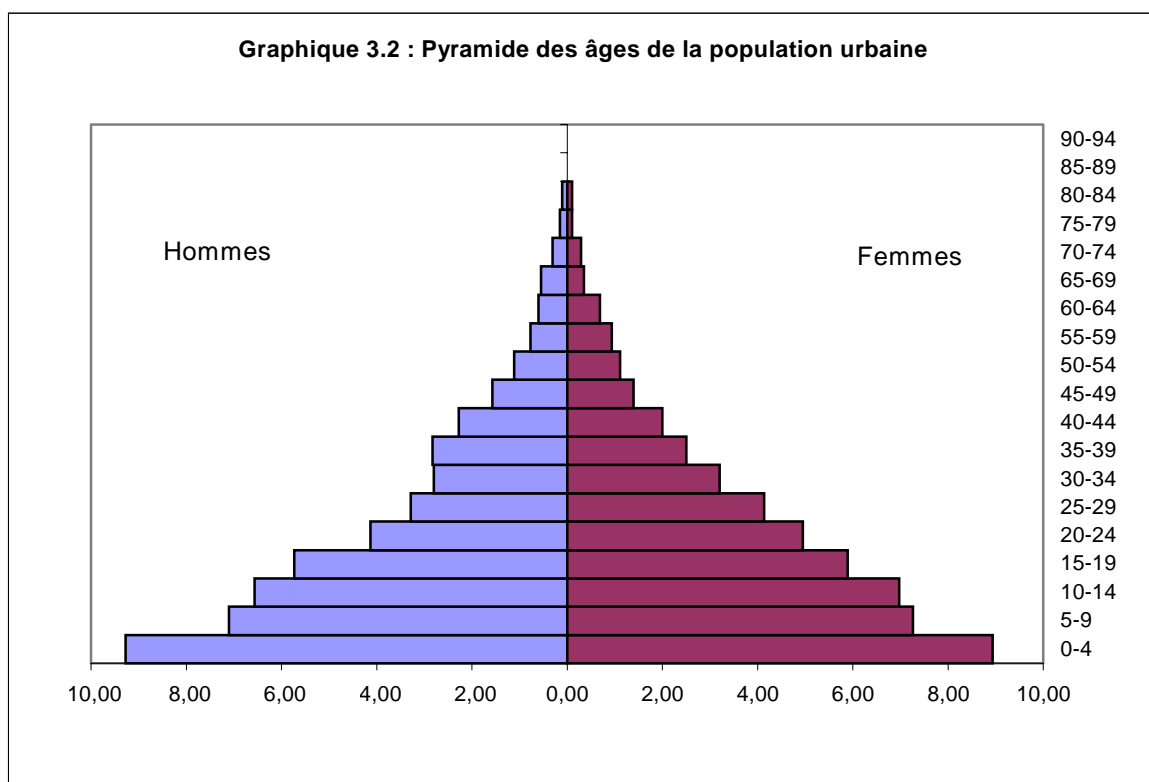
La pyramide des âges de la population totale présente une allure globalement régulière, malgré quelques anomalies du côté des hommes. La tranche d'âge des hommes de 30-34 ans accuse un déficit qui pourrait s'expliquer par l'émigration. Chez les femmes, en revanche, on observe une structure plutôt régulière de la pyramide des âges de la population totale. On relève cependant une irrégularité dans la tranche d'âge de 5-9 ans sur la pyramide du milieu urbain.

L'allure de la pyramide des âges du milieu rural est aussi globalement régulière en dépit de quelques anomalies sur la plage d'âge de 30 à 34 ans chez les hommes et qui seraient liées soit aux problèmes de glissement entre groupes d'âge, soit à l'exode rural.

L'examen détaillé de la structure par âge montre que les enfants de moins de cinq ans représentent 19% de la population totale du pays. Un congolais sur 5 est donc âgé de moins de 5 ans. Cet effectif se répartit de façon quasiment identique entre les garçons et les filles. Selon le milieu de résidence, quelques différences légères s'observent.

Encadré 3.1
 Un congolais sur cinq est âgé de moins de 5 ans ; et un sur deux a moins de 15 ans.
 Cette importante population à charge impose de nombreux besoins à satisfaire en ce qui concerne l'alimentation, la santé, l'éducation, le logement, etc.





Le tableau 3.2 donne les structures des populations totale, urbaine et rurale par grands groupes d'âge. La population des moins de 15 ans représente presque la moitié de la population congolaise (48%). Autrement dit, environ un congolais sur deux a moins de 15 ans. Cette forte proportion de jeunes, caractéristique des pays à fécondité et mortalité élevées, indique clairement la jeunesse de la structure de la population congolaise. Les personnes âgées de 60 ans et plus ne représentent que 3,5% de la population totale du pays.

Tableau 3.2 : Répartition (en %) de la population totale selon les grands groupes d'âge, le sexe et le milieu de résidence

Groupes d'âge	Urbain			Rural			Ensemble du pays		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0-14 ans	22,9	23,2	46,1	24,4	24,5	48,9	23,9	24,1	48,0
15-59 ans	24,5	26,1	50,6	22,8	24,7	47,5	23,3	25,2	48,5
60+ ans	1,7	1,5	3,3	1,7	1,9	3,6	1,7	1,8	3,5
Total	49,2	50,8	100,0	48,9	51,1	100,0	49,0	51,0	100,0
Effectif de la population	8.387	8.675	17.062	18.530	19.384	37.914	26.917	28.059	54.976

La proportion des moins de 15 ans est légèrement plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain à cause, entre autres, d'une fécondité plus forte en milieu rural. L'exode rural, très intense au niveau du pays, ne conduirait pas encore à un vieillissement de la population rurale dans ce contexte de forte fécondité. Il influe néanmoins sur l'affaiblissement de la part relative de la population économiquement active âgée de 15 à 59 ans dans les milieux ruraux.

Le tableau 3.3 donne les pourcentages de certains groupes d'âge spécifiques. Les enfants de moins de cinq ans (19% de la population totale) se répartissent comme suit : 4% âgés de moins d'un an, 4% âgés d'un an, et 11% entre deux et quatre ans (24-59 mois). Les enfants entre 5 et 17 ans constituent 36% de la population, ceux de moins de 18 ans constituent 55% de la population totale.

Tableau 3.3 : Répartition (en %) de la population selon certains groupes spécifiques et le milieu de résidence

Groupe d'âge	Urbain		Rural		Ensemble du pays	
	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
0-11 mois	4,0	687	4,3	1.648	4,2	2.335
12-23 mois	4,0	678	4,1	1.557	4,1	2.235
24-59 mois	10,2	1.743	10,8	4.076	10,6	5.819
5 ans – 17 ans	35,1	5.996	36,8	13.953	36,3	19.949
18 ans et plus	46,7	7.960	44,0	16.678	44,8	24.638
Effectif de la population	100,0	17.064	100,0	37.912	100,0	54.976

La répartition de la population par sexe montre qu'il y a, en RDC comme dans d'autres pays africains, plus de femmes que d'hommes dans l'ensemble. En effet, les femmes représentent 51% de la population totale du pays contre 49% des hommes. La supériorité numérique des femmes s'observe aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, et ce dans pratiquement tous les grands groupes d'âge comme le montrent les données du tableau 3.4 relatives aux rapports de masculinité (nombre d'hommes pour 100 femmes). On y observe cependant une supériorité numérique des hommes dans la tranche d'âge de 60 ans et plus en milieu urbain.

Tableau 3.4 : Rapports de masculinité (en %) selon les grands groupes d'âge

Groupes d'âge	Urbain	Rural	Total
Moins de 15 ans	98,9	99,6	99,4
15 à 59 ans	93,8	92,2	92,7
60 ans ou plus	111,8	88,5	94,6
Total	96,7	95,6	95,9
Effectif	17.062	37.914	54.976

Comparée aux données antérieures, notamment celles issues du recensement de la population de 1984 et de l'enquête MICS1, la structure par âge de la population congolaise ne s'est pas sensiblement modifiée. En effet, la population de moins de 15 ans représentait 45,9% en 1984 contre 48,4% en 1995 et 48% en 2001. De même, la population de 15-59 ans qui représentait 49,7% en 1984 est passée à 48,1% en 1995 et à 48,5% en 2001.

3.1.2. Structure de la population selon l'état matrimonial

3.1.2.1. Etat matrimonial selon le sexe et le milieu de résidence

Le tableau 3.5 indique que la majorité (68%) de la population âgée de 15 ans et plus est mariée ou a été mariée. Les célibataires représentent donc 32% de cette population. La structure par état matrimonial montre en outre que la population congolaise compte 41% de monogames, 9% de polygames, 8% de personnes vivant en union de fait, 5% de veufs et 5% de divorcés ou séparés.

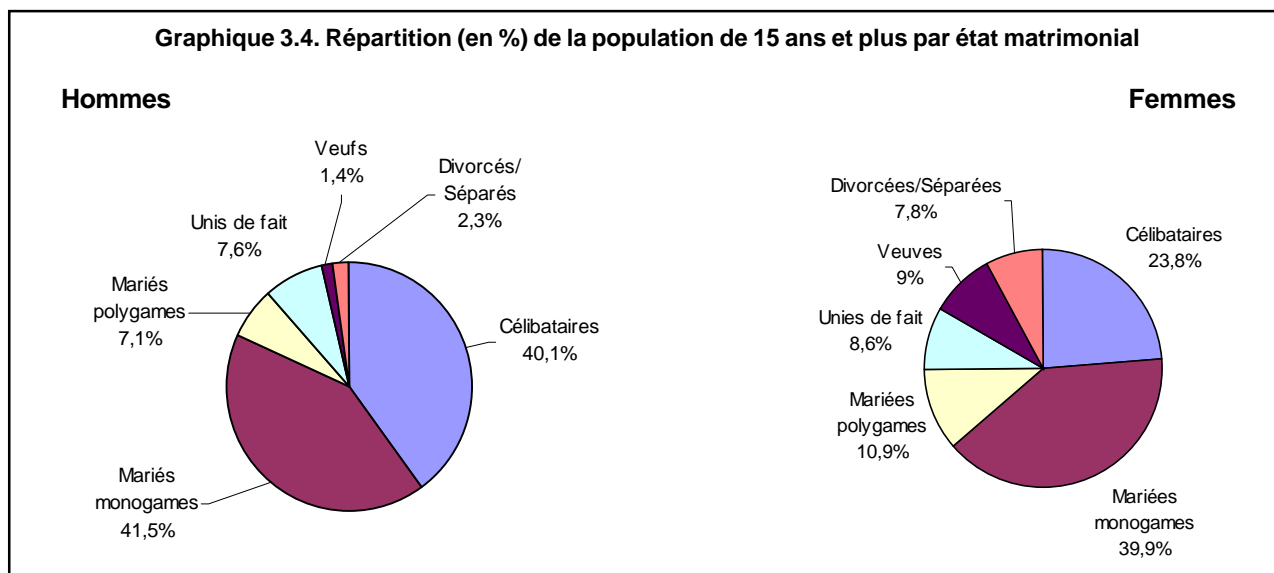
Tableau 3.5 : Répartition (en %) de la population de 15 ans et plus selon l'état matrimonial, le milieu de résidence et le sexe

Caractéristiques	Urbain			Rural			Ensemble du pays		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Célibataires	47,0	30,9	38,7	36,7	20,5	28,3	40,1	23,8	31,6
Mariés monogames	36,9	36,9	36,9	43,7	41,4	42,5	41,5	39,9	40,7
Mariés polygames	4,5	6,1	5,3	8,4	13,1	10,8	7,1	10,9	9,1
Unis de fait	8,2	10,2	9,2	7,4	7,9	7,7	7,6	8,6	8,2
Veufs	1,2	8,1	4,8	1,5	9,4	5,6	1,4	9,0	5,3
Divorcés/Séparés	2,3	7,7	5,1	2,4	7,8	5,1	2,3	7,8	5,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de la population	4.474	4.721	9.195	9.283	10.102	19.385	13.757	14.823	28.580

La proportion de célibataires est différente selon le sexe et le milieu de résidence : la proportion d'hommes célibataires est relativement plus élevée (40%) que celle des femmes célibataires (24%) ; elle l'est aussi plus en milieu urbain (39%) qu'en milieu rural (28%).

La proportion de mariés, toutes formes d'unions confondues, est peu différente selon le sexe. Elle est de 56% chez les hommes contre 59% chez les femmes. Elle est en revanche relativement plus élevée en milieu rural (60%) qu'en milieu urbain (51%). Le mariage demeure donc une institution sociale importante dans la vie des hommes et des femmes, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. La proportion des personnes vivant en union polygamique est de 9% pour l'ensemble du pays, 11% en milieu rural et 5% en milieu urbain.

Graphique 3.4. Répartition (en %) de la population de 15 ans et plus par état matrimonial



Les personnes vivant en union de fait représentent 8% de la population de 15 ans et plus. Elles sont légèrement plus nombreuses en milieu urbain (9%) qu'en milieu rural (8%). Il n'est pas impossible que ces proportions soient sous-estimées suite à des déclarations éventuellement erronées des enquêtés sur la forme exacte de mariage, notamment en confondant l'état de célibataires avec celui d'unis de fait.

La proportion de veufs, divorcés et séparés n'est pas négligeable. Dans l'ensemble, 10% de personnes de 15 ans et plus étaient en rupture d'union au moment de l'enquête, la moitié par décès du conjoint et l'autre moitié par divorce ou séparation. Cette proportion s'avère quatre fois plus importante chez les femmes (17%) que chez les hommes (4%).

Encadré 3.2

Environ deux personnes sur trois ne sont pas célibataires. Le mariage demeure donc une institution sociale importante dans la vie des hommes et des femmes aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Environ 1 femme sur 6 et 1 homme sur 25 sont veufs, divorcés ou séparés.

La proportion de divorcés du milieu rural est égale à celle du milieu urbain. La ville ne devrait pas être tenue pour un des facteurs d'instabilité des unions en RDC.

3.1.2.2. Intensité et calendrier de la nuptialité

L'intensité de la nuptialité est mesurée par la proportion des célibataires à 50 ans exacts. Le calendrier de la nuptialité est mesuré par l'âge moyen au premier mariage. Ces deux indices ont été calculés à l'aide de la méthode indirecte de Hajnal⁽¹⁾ qui utilise la proportion des célibataires par groupes d'âge quinquennaux. Ces deux indices ont été désagrégés selon le sexe et le milieu de résidence (tableau 3.6).

⁽¹⁾ Avant l'application de la méthode Hajnal, il a été procédé au redressement des proportions aberrantes constatées dans les groupes d'âge avancé, notamment au-delà de la cinquantaine. La technique des moyennes mobiles simples a été utilisée pour ce faire. Etant donné que ces redressements ont porté sur la plage d'âge au-delà de la cinquantaine, aucun impact n'est à craindre sur les résultats qui portent sur les données relatives à la tranche d'âge de 15 à 50 ans exacts.

Tableau 3.6 : Pourcentage des célibataires selon le groupe d'âge quinquennal, le sexe et le milieu de résidence

Groupes d'âge	Urbain			Rural			Ensemble du pays		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
15-19	98,6	81,9	90,1	96,8	74,2	85,6	97,4	76,7	87,0
20-24	87,1	47,2	65,3	69,4	23,6	45,4	75,5	32,3	52,6
25-29	54,1	19,1	34,6	23,7	5,2	13,5	33,6	9,8	20,4
30-34	26,1	12,1	18,6	7,3	3,0	4,9	13,9	6,0	9,7
35-39	11,8	4,1	8,2	2,6	2,3	2,5	5,7	2,8	4,3
40-44	6,4	2,3	4,5	1,7	0,8	1,8	3,2	1,2	2,2
45-49	3,8	1,8	3,0	1,1	1,4	1,4	1,6	1,5	1,5
50-54	2,9	1,0	2,2	0,6	1,2	1,2	1,6	1,1	1,4
55-59	0,9	0,7	1,5	1,1	1,3	1,1	1,2	1,0	0,9
60-64	0,6	0,7	0,6	0,0	0,4	0,9	0,9	0,5	0,8
65-69	0,6	0,1	0,6	0,0	0,0	0,9	0,9	0,2	0,7

Ce tableau indique qu'il ne reste pratiquement plus de célibataires à l'âge de 50 ans : 1,5% dans l'ensemble du pays. Cette proportion de célibataires à 50 ans exacts est relativement plus importante en milieu urbain (2,2%) qu'en milieu rural (1,2%).

Cette faible proportion de célibataires à 50 ans indique le caractère quasi-universel du mariage en RDC aussi bien chez les hommes que chez les femmes et traduit la rareté du célibat définitif qui demeure encore mal vu dans la société congolaise. Le mariage constitue un des déterminants du niveau élevé de la fécondité en RDC.

Concernant le calendrier de la nuptialité, les données indiquent que les femmes se marient à 21 ans en moyenne⁽¹⁾ et les hommes à 26 ans (tableau 3.7).

Tableau 3.7 : Age moyen au premier mariage selon le milieu de résidence

Sexe	Urbain	Rural	Ensemble du pays
Hommes	28,7	24,9	26,0
Femmes	23,0	20,1	21,0
Les deux sexes	26,0	22,3	24,0

L'âge au premier mariage reste quasiment inchangé depuis 1984, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Il est passé, chez les femmes, de 20 ans en 1984 à 21 ans en 1995 et 2001. Chez les hommes, il est passé de 25 ans à 26 ans durant la même période.

Encadré 3.3

Le mariage demeure intense en RDC ; le célibat définitif est quasi inexistant.

L'âge moyen d'entrée en première union est de 21 ans chez les femmes et de 26 ans chez les hommes. Il n'a pratiquement pas changé depuis 1984.

⁽¹⁾ L'âge moyen au premier mariage a été calculé par la formule de Hajnal suivante :

$$AMPM = \frac{[15 + 5 \sum_{i=15}^{50} {}_n C_i] - 50 C_{50}}{1 - C_{50}}$$

où - ${}_n C_i$ est la proportion de célibataires du groupe d'âge i à $i+n$
 - C_{50} est la proportion de célibataires à 50 ans exacts.

3.1.3. Taille et composition des ménages

3.1.3.1. Taille des ménages

Les données de l'enquête montrent que 18% des ménages sont composés de moins de quatre personnes, 39% de 4 à 6 personnes. Les ménages de grande taille (7 personnes ou plus) représentent 42% (tableau 3.8). Les ménages comptent en moyenne 6,4 personnes et cette taille est peu différente selon le milieu de résidence : 6,3 personnes en milieu rural contre 6,6 personnes dans les villes et cités. Quelques différences entre provinces apparaissent. C'est dans le Bas-Congo que l'on observe la plus petite taille moyenne des ménages (5,5 personnes) et c'est en Equateur (7,4 personnes) et au Sud-Kivu (7,2 personnes) que la taille moyenne des ménages est la plus élevée. Les autres provinces se situent entre ces deux extrêmes. A Kinshasa, par exemple, les ménages comptent en moyenne 6,7 personnes.

Tableau 3.8 : Répartition (en %) des ménages selon la taille des ménages, le milieu de résidence et la province

Caractéristiques	Nombre de membres habituels				Taille moyenne
	1-3	4-6	7 et plus	Total	
Milieu de résidence					
Urbain	16,6	37,5	45,9	100,0	6,6
Rural	18,9	40,3	40,8	100,0	6,3
Province					
Kinshasa	17,1	37,1	45,8	100,0	6,7
Bas-Congo	22,5	46,8	30,7	100,0	5,5
Bandundu	14,8	42,2	43,0	100,0	6,5
Equateur	13,9	34,4	51,7	100,0	7,4
Orientale	21,5	37,3	41,2	100,0	6,3
Nord-Kivu	19,8	42,7	37,5	100,0	6,0
Sud-Kivu	14,4	42,2	43,4	100,0	6,6
Maniema	14,7	36,6	48,7	100,0	7,2
Katanga	21,0	39,2	39,8	100,0	6,1
Kasaï Oriental	23,2	36,6	40,2	100,0	6,0
Kasaï Occidental	12,1	39,7	48,2	100,0	6,8
Ensemble du pays	18,2	39,4	42,4	100,0	6,4

On assiste à une augmentation de la taille moyenne des ménages. Elle est passée de 5,4 personnes en 1984 à 6,4 en 2001, soit une augmentation d'une personne.

3.1.3.2. Composition des ménages

Les ménages dirigés par des femmes représentent 14% de l'ensemble des ménages. Cette proportion des femmes chefs de ménage est toutefois légèrement inférieure à celle de 1984 (16%).

Les données de l'enquête indiquent que 30% de la population sont des chefs de ménage ou conjoints des chefs de ménage, 52% de la population sont des enfants vivant avec un ou les deux parents, et 18% de la population vivent dans des ménages tiers.

Lorsqu'on tient compte de l'âge des individus vivant dans des ménages tiers, on constate que la majorité de ces personnes sont des enfants de moins de 20 ans.

Encadré 3.4
Quatorze ménages sur cent sont dirigés par des femmes, contre 16 sur cent en 1984.

Les données indiquent en effet que 21% de ces personnes ont moins de 5 ans, 70% de l'ensemble ont moins de 20 ans, 5% ont 60 ans et plus. L'élargissement des ménages serait surtout alimenté par le phénomène de confiage⁽¹⁾ des jeunes en général et des enfants surtout.

⁽¹⁾ Le « confiage » des enfants consiste à envoyer ses enfants vivre chez l'un ou l'autre parent, ascendant ou descendant.

3.2. NIVEAU ET TENDANCES DE LA FECONDITE

Le niveau de la fécondité générale est examiné en quatre points : le premier traite du niveau global de la fécondité ; le deuxième est consacré à l'analyse des différences socio-économiques de la fécondité ; le troisième porte sur les tendances de la fécondité et le quatrième sur la fécondité des adolescentes.

Deux indicateurs de fécondité sont analysés : l'indice synthétique de fécondité (ISF), qui mesure le nombre moyen d'enfants qu'une femme aurait à la fin de sa vie féconde d'après les taux actuels de fécondité par âge, et la parité des femmes âgées de 45 à 49 ans qui mesure le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'une femme de 45-49 ans a eu durant sa vie reproductive. La confrontation de ces deux indices donne une idée sur la tendance récente de la fécondité en l'absence d'importantes omissions des naissances.

3.2.1. Niveau global de la fécondité

La fécondité des femmes congolaises est et demeure élevée. Une femme aurait en moyenne 7,1 enfants à la fin de sa période de procréation. Cette valeur est corroborée par le nombre moyen d'enfants des femmes âgées de 45 à 49 ans, égal à 7,3. Le taux brut de natalité, calculé à partir des naissances des douze mois précédant l'enquête, s'élève à 48 naissances pour 1000 habitants (tableau 3.9).

Tableau 3.9 : Principaux indicateurs de fécondité

Indicateur	Niveau actuel
Indice synthétique de fécondité (enfants)	7,1
Parité des femmes de 45 à 49 ans (enfants)	7,3
Taux global de fécondité générale (‰)	215,0
Taux brut de natalité (‰)	48,5
Age moyen à la maternité (ans)	30,1

Cette forte fécondité s'explique par la conjonction de plusieurs facteurs. D'abord la faible utilisation de la contraception moderne : selon les données de MICS2, seulement une femme mariée sur 25 recourt à la contraception moderne pour espacer, retarder ou limiter les naissances ; près de la moitié des femmes mariées n'utilisent même pas les moyens naturels de planification familiale. Le deuxième facteur est lié à l'intensité et au calendrier des premiers mariages.

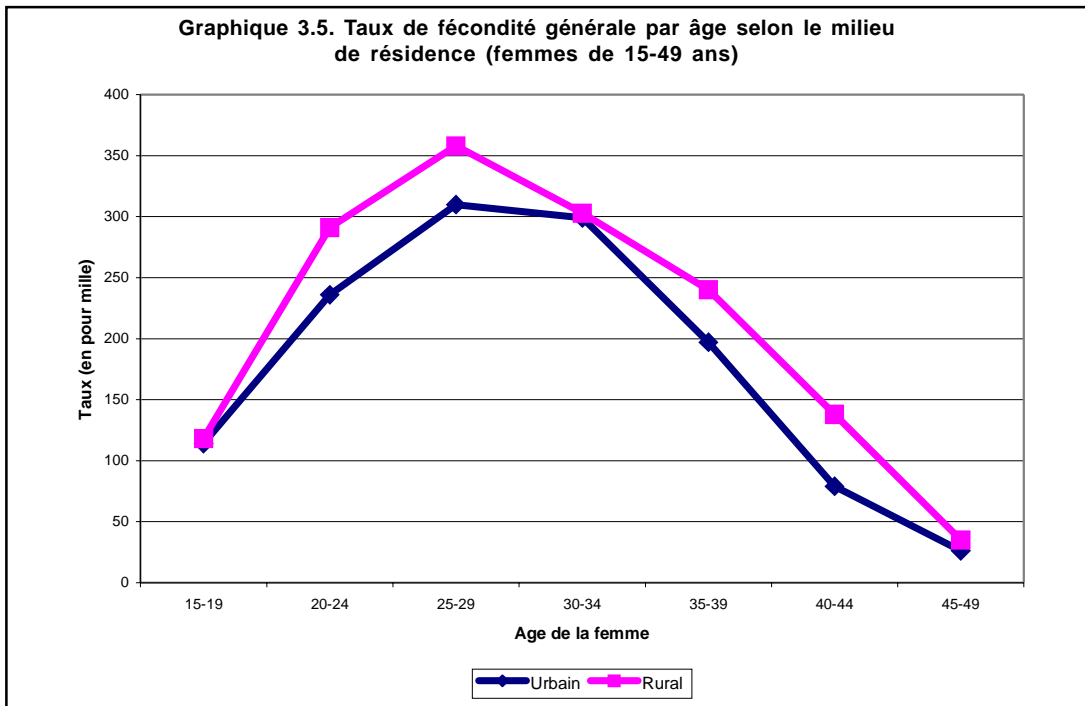
La proportion de célibataires à 50 ans exacts n'est que de 1,5 % et l'âge moyen des femmes au premier mariage est évalué à 21 ans, ce qui implique, en dehors d'une instabilité importante des premières unions, une forte longévité des femmes dans la vie procréatrice.

Le niveau de la fécondité varie selon certaines caractéristiques socio-démographiques (tableau 3.10). La fécondité est relativement plus forte en milieu rural qu'en milieu urbain. Une femme rurale aurait en moyenne 7,4 enfants à la fin de sa période de procréation contre 6,3 enfants pour une femme urbaine, soit une différence en moyenne de 1,1 enfant. On ne voit plus en RDC le « paradoxe sociologique » de A. Romaniuk (1967) qui se traduisait, entre autres, par la surfécondité du milieu urbain par rapport au milieu rural.

Tableau 3.10 : Taux de fécondité⁽¹⁾ par âge (en ‰), Indice synthétique de fécondité (ISF) et nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes âgées de 45 à 49 ans (parité) selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Groupe d'âge	Milieu de résidence		Niveau de pauvreté		Ensemble du pays
	Urbain	Rural	Plus pauvres, Pauvres, Moyens	Riches et Plus riches	
15-19 ans	114	118	131	98	117
20-24 ans	236	291	307	228	271
25-29 ans	310	358	361	314	342
30-34 ans	299	303	311	288	302
35-39 ans	197	240	237	212	227
40-44 ans	79	138	140	90	122
45-49 ans	26	35	30	39	33
15-49 ans	199	223	231	193	215
ISF (15-49)	6,3	7,4	7,6	6,3	7,1
Parité (45-49)	6,8	7,4	7,2	6,9	7,3

Le graphique ci-dessous sur lequel sont superposées les courbes de fécondité par âge du milieu urbain et du milieu rural, montre que la fécondité des femmes citadines est à tous les âges inférieure à celle des femmes rurales.



Le tableau 3.10 indique également une différence de fécondité selon le niveau de pauvreté. L'Indice Synthétique de Fécondité des femmes pauvres (7,6) est supérieur à celui des femmes riches (6,3), mais le niveau de la fécondité de ces deux groupes reste élevé.

La comparaison de la fécondité en 1995 (7,2 enfants par femme) et en 2001 (7,1 enfants par femme) montre que la fécondité n'a pas changé durant cette période. Cette tendance est confirmée par un indice synthétique de fécondité (7,1 enfants par femme) quasiment égal à la descendance finale des femmes de 45-49 ans (7,3 enfants nés vivants).

Encadré 3.5

La fécondité des femmes congolaises demeure élevée. Elle s'explique par une faible prévalence de la contraception et une proportion élevée de personnes mariées aux âges de procréation.

⁽¹⁾ Les taux de fécondité sont calculés pour la période des douze mois précédant l'enquête.

3.2.2. Fécondité des adolescentes

On entend par adolescentes dans ce rapport, les femmes âgées de 15 à 19 ans. Ce groupe de femmes connaît un risque élevé de mortalité des enfants car il s'agit généralement des enfants de premier rang. Il connaît aussi un risque élevé de mortalité maternelle.

Deux indicateurs sont utilisés pour mesurer la fécondité des adolescentes : la proportion des mères parmi les adolescentes et le taux annuel moyen de fécondité des adolescentes, c'est-à-dire le nombre annuel de naissances vivantes pour mille adolescentes.

Dans l'ensemble, 20% des femmes âgées de 15 à 19 ans ont déjà eu au moins un enfant né-vivant. Cette proportion était de 25% au Cameroun (1998) et de 36% au Niger (1998).

Tableau 3.11 : Proportion des mères parmi les adolescentes selon certaines caractéristiques socio-démographiques

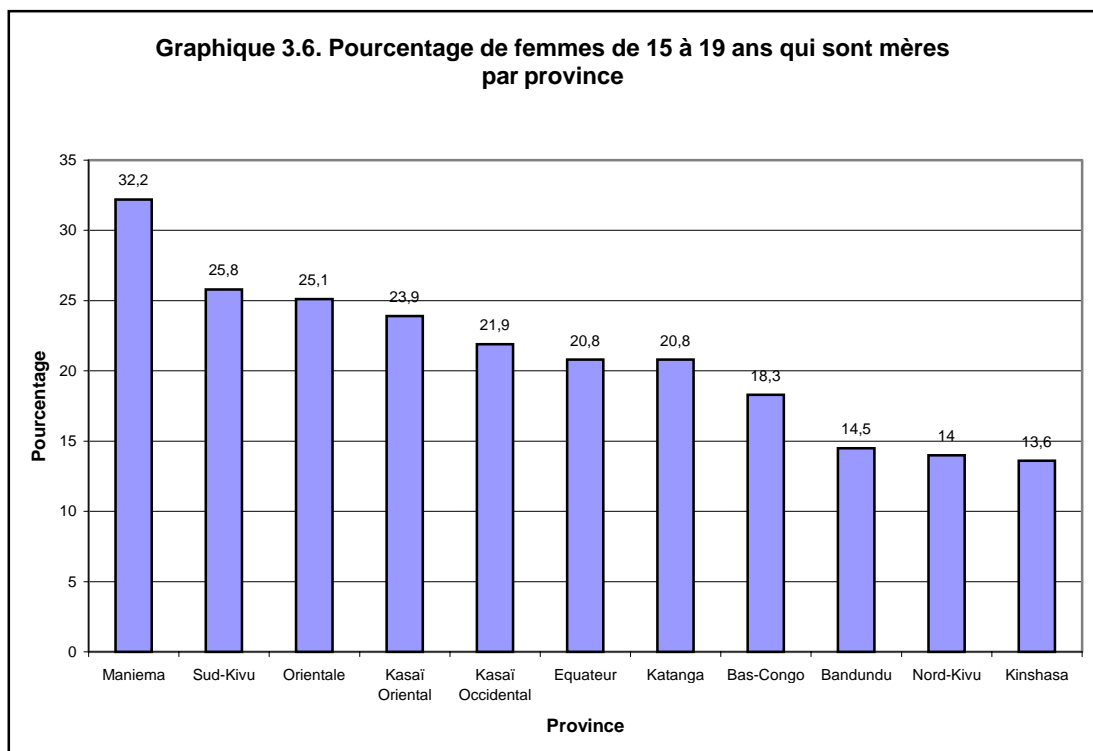
Caractéristiques	Proportion de femmes de 15-19 ans qui sont mères (en %)	Effectif des femmes âgées de 15-19 ans
Milieu de résidence		
Urbain	17,2	963
Rural	21,5	1.995
Province		
Kinshasa	13,6	311
Bas-Congo	18,3	192
Bandundu	14,5	351
Equateur	20,8	300
Orientale	25,1	380
Nord-Kivu	14,0	223
Sud-Kivu	25,8	190
Maniema	32,2	77
Katanga	20,8	425
Kasaï Oriental	23,9	256
Kasaï Occidental	21,9	253
Niveau de pauvreté		
Plus pauvres	26,1	558
Pauvres	20,7	552
Moyens	22,5	578
Riches	19,6	612
Plus riches	13,1	657
Niveau d'instruction		
Sans instruction	24,0	656
Primaire	20,8	1.556
Secondaire ou plus	15,1	729
Ensemble du pays	20,1	2.958

Les mères adolescentes sont relativement plus nombreuses en milieu rural (22%) qu'en milieu urbain (17%) certainement à cause de la précocité plus prononcée du mariage en milieu rural.

La proportion des mères parmi les adolescentes diffère également selon le niveau d'instruction. Elle est plus grande chez les adolescentes non scolarisées (24%) et faiblement scolarisées (21%) que chez celles qui ont un meilleur niveau d'instruction (15%).

La même tendance s'observe selon le niveau de pauvreté. La proportion des mères chez les adolescentes les plus pauvres (26%) est deux fois plus élevée que celle des adolescentes les plus riches (13%). C'est donc dans les couches sociales les plus pauvres que le phénomène de la fécondité des adolescentes se pose avec plus d'acuité.

Des différences s'observent également selon les provinces de résidence. Les adolescentes des provinces de Kinshasa, du Nord-Kivu, du Bas-Congo et du Bandundu connaissent relativement moins ce phénomène que celles des autres provinces du pays.



L'examen de la part des naissances vivantes issues des adolescentes dans l'Indice Synthétique de Fécondité des 12 derniers mois montre que la fécondité des adolescentes contribue en raison de 13%⁽¹⁾ dans la fécondité totale des femmes, ce qui n'est pas négligeable.

Encadré 3.6

Une adolescente sur cinq est mère en RDC. La proportion des mères parmi les adolescentes est nettement plus élevée dans les couches sociales les plus défavorisées.

3.3. NIVEAUX ET TENDANCES DE LA MORTALITE DES ENFANTS

Cette section fournit les estimations de la mortalité infantile et infanto-juvénile. Elle examine les tendances de ces phénomènes depuis 1995. Les différences socio-économiques de la mortalité des enfants y sont également abordées.

3.3.1. Niveau de la mortalité des enfants

Deux indicateurs de mortalité infanto-juvénile ont été calculés : le quotient de mortalité infantile (${}_1Q_0$) ou probabilité pour un nouveau-né de mourir avant le premier anniversaire et le quotient de mortalité infanto-juvénile (${}_5Q_0$) ou probabilité pour un nouveau-né de mourir avant son cinquième anniversaire⁽²⁾.

⁽¹⁾ Cette proportion est obtenue en faisant le rapport entre les naissances issues des femmes de 15-19 ans et les naissances totales des femmes de 15-49 ans.

⁽²⁾ Toutes les estimations de la mortalité dans l'enfance (${}_1Q_0$ et ${}_5Q_0$), reprises dans ce rapport ont été obtenues à l'aide du logiciel QFIVE de la Division de Population des Nations Unies. Ce logiciel utilise, entre autres, la deuxième version de la méthode de Trussells. Devant choisir entre différentes familles de tables-types de mortalité de Coale et Demeny, il a été retenu dans ce rapport les estimations de la famille Nord issues des déclarations des femmes de 25-29 ans jugées plus fiables.

A défaut des données sur les décès des enfants dans l'enquête MICS2, ces indicateurs ont été obtenus en recourant aux méthodes indirectes. Il s'agit des méthodes connues sous le nom de méthodes de Brass, qui utilisent les proportions d'enfants décédés parmi les nés-vivants selon l'âge des mères. Ces proportions ne sont pas en fait des données de mortalité, mais les auteurs de ces méthodes ont trouvé des formules mathématiques qui permettent de les transformer en indicateurs classiques de mortalité moyennant bien sûr un certain nombre d'hypothèses. Ces méthodes ne fournissent toutefois que des ordres de grandeur du niveau de la mortalité (Tabutin, 2000).

L'application de ces méthodes a été précédée par un examen des données de base, à savoir les séries de nombres moyens d'enfants nés-vivants et de nombres moyens d'enfants décédés selon l'âge des mères. Il s'est dégagé de cette évaluation que les données de base étaient globalement de bonne qualité.

Le niveau de la mortalité infantile est très préoccupant. Les données de l'enquête indiquent que 126 enfants sur 1000 ne fêtent pas leur premier anniversaire (tableau 3.12). Le quotient de mortalité infanto-juvénile s'élève à 213 pour mille : presque un nouveau-né sur cinq n'atteint pas l'âge de cinq ans. Ce niveau situe la RDC parmi les pays à forte mortalité des enfants.

Encadré 3.7

La mortalité dans l'enfance reste préoccupante en RDC : un enfant sur cinq meurt avant d'avoir fêté son cinquième anniversaire.

3.3.2. Variations de la mortalité des enfants

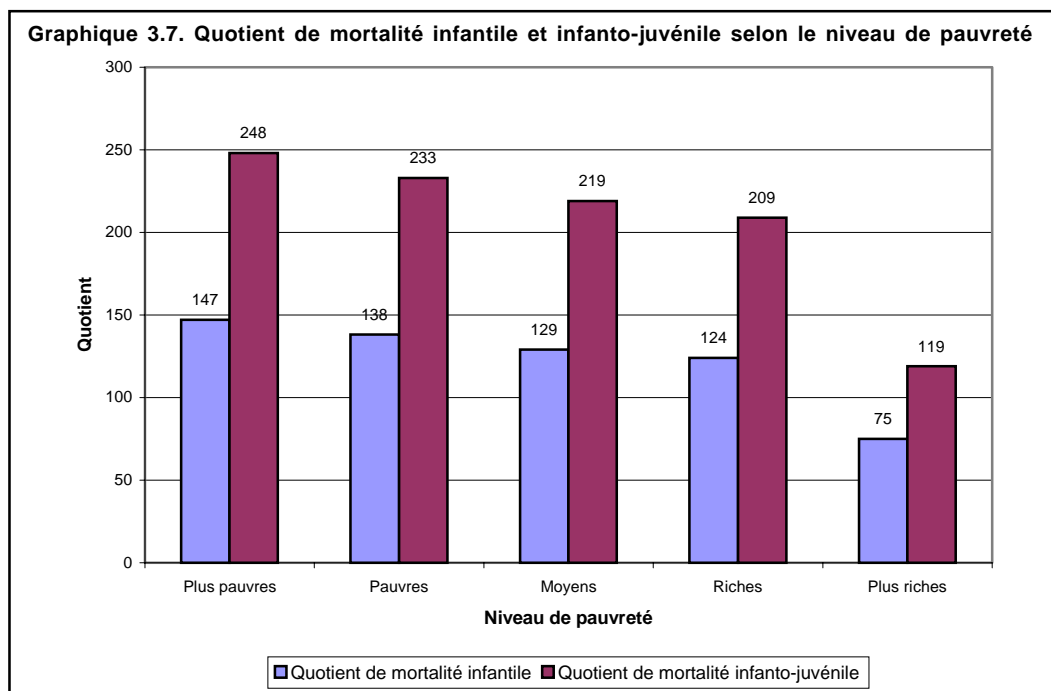
La mortalité des enfants est différente selon le milieu et la province de résidence, le niveau d'instruction de la mère, le sexe de l'enfant et le niveau de vie du ménage dans lequel vit l'enfant.

Tableau 3.12 : Quotients (en ‰) de mortalité infantile et infanto-juvénile selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Quotient de mortalité infantile	Quotient de mortalité infanto-juvénile
Milieu de résidence		
Urbain	91	148
Rural	144	243
Province		
Kinshasa	83	133
Bas-Congo	131	221
Bandundu	100	164
Equateur	146	247
Orientale	143	241
Nord-Kivu	140	237
Sud-Kivu	147	249
Maniema *	122	205
Katanga	135	227
Kasaï Oriental	125	210
Kasaï Occidental	136	230
Niveau de pauvreté		
Plus pauvres	147	248
Pauvres	138	233
Moyens	129	219
Riches	124	209
Plus riches	75	119
Niveau d'instruction de la mère		
Sans instruction	156	263
Primaire	133	225
Secondaire ou plus	84	135
Sexe de l'enfant		
Masculin	133	225
Féminin	119	200
Ensemble du pays	126	213

* Les résultats de cette province peuvent être affectés par les effectifs réduits des observations

Les enfants du milieu urbain courent relativement moins de risque de mourir avant cinq ans que ceux du milieu rural. La mortalité infanto-juvénile en milieu rural est de 243 ‰ contre 148 ‰ en milieu urbain, soit un risque de 60% en moins pour les enfants de milieu urbain.



La mortalité infanto-juvénile varie beaucoup avec le niveau d'instruction de la mère : elle est de 135‰ pour les enfants nés de mères de niveau d'instruction secondaire ou plus, et de 263‰ pour les enfants des mères sans aucune instruction. Le risque est presque deux fois plus élevé pour ces derniers.

La mortalité infanto-juvénile varie aussi selon les provinces; elle va de 133‰ dans la province de Kinshasa à plus de 240‰ au Sud-Kivu, à l'Equateur et dans la Province Orientale.

Les enfants issus des ménages les plus riches ont une mortalité infanto-juvénile de 119‰; ceux issus des ménages les plus pauvres ont une mortalité de 248‰, niveau qui représente deux fois celui des enfants les plus riches.

Encadré 3.8

La mortalité infanto-juvénile varie selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction de la mère, le niveau de pauvreté des ménages et la province de résidence.

Elle est nettement plus élevée en milieu rural, parmi les enfants nés de mères sans instruction et dans les ménages les plus pauvres. Elle est moins élevée à Kinshasa que dans toutes les autres provinces.

Les garçons encourent une mortalité infanto-juvénile (225‰) plus élevée que les filles (200‰).

3.3.3. Tendances de la mortalité des enfants

Selon MICS1 (1995), en utilisant le modèle Nord des tables types, la mortalité infantile était de 114‰ et la mortalité infanto-juvénile de 190‰.

D'après MICS2, en utilisant le même modèle, la mortalité infanto-juvénile est de 126‰ et la mortalité infanto-juvénile de 213‰. La tendance est donc à une hausse légère de la mortalité durant la période.

Tableau 3.13 : Quotients (en ‰) de mortalité des enfants de moins de cinq ans en 1995 et 2001

Quotients	1995	2001
Quotient de mortalité infantile	114	126
Quotient de mortalité infanto-juvénile	190	213

3.4. LA MORTALITE MATERNELLE

Cette section analyse la mortalité maternelle qui est une mesure essentielle de l'état de santé général et du niveau de développement d'un pays. Plusieurs conférences internationales sur la santé et le développement, notamment la quatrième conférence mondiale sur les femmes de 1995, ont recommandé la réduction de moitié de la mortalité maternelle.

Le taux de mortalité maternelle calculé selon la variante indirecte de la méthode des sœurs⁽¹⁾ s'élève à 1.289 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. Le tableau de calcul est explicité à la fin du chapitre (tableau 3.14). Ce taux, de loin supérieur à la moyenne africaine de 870 pour 100.000 (OMS 1996), est l'un des plus élevés au monde.

Il faut noter que l'un des inconvénients de la méthode dite des sœurs est que cette estimation de la mortalité maternelle ne correspond pas à la période de l'enquête (2001), mais à une période antérieure de 12 ans environ par rapport à celle-ci. Elle correspond donc à la valeur du taux de mortalité maternelle du début des années 90.

Encadré 3.9

La mortalité maternelle est préoccupante et constitue sans doute l'une des plus élevées de l'Afrique et du monde : 1.289 femmes pour 100.000 naissances vivantes meurent des suites de la grossesse ou de l'accouchement.

L'enquête sur l'Etat des lieux du secteur de la santé (ELS, 1999) avait obtenu, par la méthode directe, un taux de mortalité maternelle de 1.837 pour 100.000 naissances vivantes.

CONCLUSION

De l'analyse des données relatives aux caractéristiques socio-démographiques de la population, il ressort que :

- la population congolaise est très jeune : près de la moitié est âgée de moins de 15 ans. Il découle de cette situation des besoins énormes en matière de scolarisation, d'emplois, de logements, etc. que le pays pourra difficilement combler ;
- le mariage est quasi-universel. L'âge moyen d'entrée en première union est de 21 ans chez les femmes et de 26 ans chez les hommes. Il n'a pratiquement pas changé depuis 1984 ;
- les ménages congolais sont de grande taille : 6 personnes en moyenne aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Seule la province du Bas-Congo enregistre une taille moyenne inférieure à la moyenne nationale, tandis que les provinces de l'Equateur et du Sud-Kivu connaissent les tailles moyennes les plus élevées. La proportion des ménages dirigés par les femmes est de 14% et le phénomène de monoparentalité qui lui est associé reste important ;
- la fécondité des femmes demeure élevée. L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) se situe à 7,1 enfants par femme et le taux brut de natalité à 48,5 naissances vivantes pour 1000 habitants. Cette forte fécondité est due à la faible utilisation des méthodes contraceptives et à la forte intensité des mariages. En effet, une femme congolaise qui contracte une union (en moyenne vers les 21 ans) restera pendant environ 30 ans dans la vie

⁽¹⁾ Il s'agit d'une méthode mise au point à la fin des années 1980, qui permet d'estimer la mortalité maternelle à partir des déclarations des répondants adultes (15 ans ou plus) sur le nombre et la survie de leurs sœurs (même mère) en âge de procréer (15-49 ans) ainsi que sur les circonstances de décès de celles qui seraient mortes. Ces informations sont recueillies à l'aide de quatre questions sur le nombre de sœurs adultes, le nombre de sœurs adultes décédées, le nombre de sœurs décédées durant la grossesse, l'accouchement ou encore dans les six semaines suivant l'accouchement.

de maternité. Les données de l'enquête suggèrent par ailleurs une quasi-stabilité de la fécondité.

- la fécondité des adolescentes semble élevée : une adolescente de 15-19 ans sur cinq a déjà eu au moins un enfant. Elle nécessite une attention particulière étant donné les risques liés à la procréation entre 15-19 ans aussi bien pour les mères que pour les enfants.
- la mortalité des enfants demeure élevée. Elle se situe à 126‰ alors qu'elle devrait être nettement inférieure à 100 ‰. Quant à la mortalité infanto-juvénile, elle s'élève à 213 ‰ et n'a presque pas bougé par rapport à 1995. Le niveau de cette mortalité est variable selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction de la mère et le niveau de pauvreté du ménage dans lequel vit l'enfant. Les enfants nés des mères pas ou peu instruites, celles du milieu rural et celles vivant dans les ménages pauvres constituent les groupes à hauts risques de mortalité dans l'enfance.
- la mortalité maternelle demeure extrêmement élevée en RDC (1.289 pour 100.000 naissances vivantes) et nécessite des actions urgentes.

Au regard de ces résultats, les objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants visant la réduction des taux de mortalité infantile, infanto-juvénile et maternelle sont loin d'être atteints. De même, l'objectif visant l'accès de tous les couples aux informations et services pour prévenir les grossesses qui sont trop tôt, trop peu espacées, trop tard ou trop nombreuses n'est pas atteint en cette fin de décennie.

Tableau 3.14 : Calcul du taux de mortalité maternelle par la méthode des sœurs

Groupe d'âge (ans)	Nombre de répondants	Nombre des sœurs de 15 ans et +	Nombre ajusté des sœurs de 15 ans et +	Décès parmi les sœurs	Décès maternels	Facteurs d'ajustement	Unité d'exposition au risque	Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie	Proportion de décès maternels
15-19	3.143	4.554	12.333	341	38	0,1070	487,3	0,078	11,3
20-24	2.390	4.947	13.398	404	57	0,2060	1.019,1	0,056	14,3
25-29	2.188	5.185	14.042	516	83	0,3430	1.778,5	0,047	16,3
30-34	1.661	4.313	4.313	528	70	0,5030	2.169,4	0,032	13,3
35-39	1.457	4.007	4.007	566	168	0,6640	2.660,6	0,063	29,3
40-44	1.204	3.303	3.303	579	277	0,8020	2.649,0	0,105	47,3
45-49	842	2.177	2.177	479	260	0,9000	1.959,3	0,133	54,3
Ensemble	12.885	28.486	53.573	3.413	953		12.723,0	0,075	27,3

$$TMM = (1 - (1 - Q(W))^{1/ISF})$$

où $Q(W) = 0,075$ et $ISF = 6$

INTRODUCTION

Ce chapitre examine les progrès réalisés par la RDC en rapport avec l'éducation des enfants, des jeunes et des adultes. « L'éducation - plus que toute autre initiative - a le pouvoir de favoriser le développement, de faire naître des talents, de donner des moyens d'action aux gens et de protéger leurs droits. L'investissement dans l'éducation est le moyen le plus sûr et le plus direct dont dispose un pays pour promouvoir le bien-être économique et social de sa population et jeter les bases d'une société démocratique » (UNICEF, 2000). Le Sommet Mondial pour les Enfants a reconnu à l'éducation cette importance et a recommandé trois objectifs que tout pays devait atteindre à la fin de la décennie 1990-2000, à savoir :

- objectif 6 : accès universel à l'éducation de base, et achèvement du cycle d'enseignement primaire par au moins 80 % des enfants d'âge scolaire, au terme d'un enseignement formel ou non formel de standard qui obéisse à des normes comparables, l'accent étant mis sur la réduction de l'écart qui existe entre garçons et filles ;
- objectif 7 : réduction du taux d'analphabétisme chez les adultes au moins de moitié par rapport à celui du niveau de 1990, en mettant l'accent sur l'alphabétisation féminine ;
- objectif 26 : expansion des activités de développement du jeune enfant, y compris les interventions appropriées à faible coût axées sur la collectivité et sur la famille.

La RDC a promulgué, en 1986, la loi-cadre de l'enseignement national qui stipule en son article 9 que « l'Etat a l'obligation d'assurer la scolarisation des enfants au niveau de l'enseignement primaire et de veiller à ce que tout [zaïrois] adulte sache lire, écrire et calculer ».

L'enquête MICS1 avait montré qu'en 1995 :

- 46% de femmes étaient analphabètes ;
- 29% d'enfants de 6 à 14 ans n'avaient jamais fréquenté l'école ;
- la grande majorité des enfants de 10-14 ans n'ayant jamais fréquenté l'école étaient issues de familles pauvres ;
- 56% seulement d'enfants de 6-11 ans fréquentaient l'école, avec des disparités prononcées entre milieux (76% d'enfants scolarisés en milieu urbain contre 48% d'enfants en milieu rural) ; et entre sexes (59% de garçons étaient scolarisés contre 53% de filles) ;
- 23% seulement d'enfants étaient admis en 1^{ère} année primaire à l'âge légal de 6 ans.

La première section de ce chapitre examine l'accès à l'éducation préscolaire (section 4.1). La deuxième porte sur l'enseignement primaire formel (section 4.2) tandis que la troisième traite de l'éducation des adultes (section 4.3).

4.1. EDUCATION PRESCOLAIRE

L'éducation préscolaire vise à développer auprès des jeunes enfants des capacités psychomotrices et socio-affectives propices à des apprentissages futurs de qualité.

Selon la législation scolaire en vigueur en RDC, ce type d'éducation est facultatif et concerne les enfants âgés de 3 à 5 ans. Il est organisé dans les « Jardins d'enfants », autrement appelés « Ecoles maternelles ». MICS2 a étudié la participation à l'éducation préscolaire uniquement dans son organisation la plus formelle et institutionnelle.

4.1.1. Participation des jeunes enfants aux programmes d'éducation préscolaire de type formel

Le tableau 4.1 présente la proportion des enfants âgés de 36 à 59 mois (3 à 4 ans révolus) inscrits dans ce type de programme par rapport au nombre total d'enfants de cet âge.

On observe que la fréquentation des jeunes enfants dans l'enseignement préscolaire est très faible. Pour l'ensemble du pays, 3% d'enfants seulement y participent. Le pourcentage le plus élevé est observé à Kinshasa (11%) et le plus faible au Nord Kivu (0,5%).

Tableau 4.1 : Pourcentage d'enfants âgés de 36 à 59 mois fréquentant un programme organisé d'éducation préscolaire

Caractéristiques	%	Effectif des enfants de 36 à 59 mois
Milieu de résidence		
Urbain	7,2	1.145
Rural	0,9	2.323
Province		
Kinshasa	10,6	347
Bas-Congo	0,8	249
Bandundu	1,5	474
Equateur	2,9	90
Orientale	2,7	473
Nord-Kivu	0,5	276
Sud-Kivu	2,4	263
Maniema	6,3	101
Katanga	3,6	527
Kasaï Oriental	1,9	326
Kasaï Occidental	0,6	340
Niveau de pauvreté		
Plus pauvres	1,0	618
Pauvres	0,6	721
Moyens	1,4	714
Riches	2,0	704
Plus riches	9,6	710
Niveau d'éducation de la mère		
Sans instruction	0,7	977
Primaire	1,3	1.407
Secondaire ou plus	7,3	1.037
Programme non formel	(7,2)	(44)
Sexe de l'enfant		
Masculin	3,1	1.761
Féminin	2,9	1.707
Age de l'enfant		
36-47 mois	1,5	1.663
48-59 mois	4,4	1.804
Ensemble du pays	3,0	3.468

Ce faible niveau de fréquentation ne s'explique pas seulement par le fait que ce type d'éducation est facultatif en RDC, mais aussi qu'il coûte cher (30 à 50 \$ US par trimestre). Il est, en effet, organisé à plus de 90% par des privés et est, par conséquent, à la charge des parents. Le niveau de fréquentation enregistré en milieu urbain (7%) est nettement supérieur à celui du milieu rural (0,9%). On peut dire que ces programmes restent l'affaire des centres urbains.

On constate que ce sont les enfants des ménages les plus riches qui participent le plus à ces programmes : 10% de ces enfants contre seulement 1% des enfants des ménages les plus pauvres.

Encadré 4.1

La très grande majorité des enfants de 3 à 5 ans (97%) ne bénéficient pas des programmes d'éveil préscolaires organisés. Ceux-ci restent l'apanage des centres urbains et des couches sociales aux revenus relativement élevés.

Le niveau d'instruction de la mère influe aussi sur la participation des enfants à l'éducation préscolaire.

En effet, les proportions des enfants de 36-59 mois qui participent aux programmes d'éducation préscolaire varient de 0,7% pour les mères sans instruction à 7% pour les mères ayant fait au moins les études secondaires.

4.1.2. Nouveaux entrants en 1^{ère} année primaire ayant suivi un programme d'éducation préscolaire

Du fait de la couverture très limitée des programmes d'éducation préscolaire, la proportion d'élèves de la première année primaire ayant suivi ces programmes reste faible : elle est de 14% seulement, avec des disparités entre la zone urbaine et la zone rurale (tableau 4.2). En effet, 34% d'enfants entrant en 1^{ère} année primaire en milieu urbain ont suivi ce programme, contre seulement 5% dans le milieu rural. Le tableau confirme que les femmes plus instruites comprennent mieux l'importance de ce type de programme ou y envoient plus leurs enfants que les autres : 31% pour les premières, contre respectivement 4% et 8% pour les mères sans instruction et les mères du niveau d'instruction primaire.

Tableau 4.2 : Pourcentage de nouveaux inscrits en 1^{ère} année primaire ayant suivi un programme organisé d'éducation préscolaire

Caractéristiques	Garçons	Filles	Total	Effectifs des enfants
Milieu de résidence				
Urbain	32,3	36,3	34,1	487
Rural	4,4	4,8	4,6	981
Niveau d'instruction de la mère				
Sans instruction	4,7	4,0	4,4	402
Primaire	6,8	8,6	7,6	581
Secondaire ou plus	31,5	30,8	31,2	463
Ensemble du pays	14,0	15,0	14,4	1.464

Il aurait été intéressant de voir si les enfants ayant suivi les programmes d'éducation préscolaire réussissent mieux que ceux qui ne les ont pas suivis. Cette question devrait faire l'objet d'une étude spécifique.

4.2. ENSEIGNEMENT PRIMAIRE FORMEL

L'âge officiel de l'enseignement primaire formel concerne les enfants de 6 à 11 ans. Cet enseignement est obligatoire et est organisé en un cycle de 6 ans répartis en trois degrés à savoir le degré élémentaire (1^{ère} et 2^{ème} années), le degré moyen (3^{ème} et 4^{ème} années) et le degré terminal (5^{ème} et 6^{ème} années). L'enfant qui termine la 6^{ème} année primaire reçoit de l'Etat un « certificat d'études primaires » qui lui permet d'accéder à l'école secondaire. Cette section examine l'accès des enfants à cet enseignement, le niveau de fréquentation et l'efficacité de l'enseignement suivi. L'efficacité sera appréciée à travers le rendement interne.

4.2.1. Accès à l'école

L'accès à l'école primaire est régi par la loi cadre n° 86/005 du 22/09/86 de l'enseignement national. Cette loi stipule dans son article 21 que « ne sont admis en première année primaire que les enfants ayant atteint l'âge de six ans révolus au plus tard trois mois après la date fixée pour la rentrée scolaire. Aucun enfant ne sera admis en première année primaire s'il a atteint l'âge de neuf ans révolus au moment de la rentrée scolaire, sauf dispense motivée qui pourra être accordée dans les conditions qui seront déterminées par voie réglementaire ». Par ailleurs, l'article 9 de cette Loi-Cadre stipule que « l'Etat a l'obligation d'assurer la scolarisation des enfants au niveau de l'enseignement primaire et de veiller à ce que tout (Congolais) adulte sache lire, écrire et calculer. L'article 11 stipule que « les parents ont le droit de participer à la gestion de l'établissement d'enseignement auquel ils ont confié leurs enfants. Ils ont l'obligation de contribuer financièrement aux charges de cet établissement ».

L'enseignement primaire en RDC est obligatoire mais non gratuit, en violation de l'article 28 de la Convention relative aux Droits de l'Enfant qui stipule que « les Etats parties rendent l'enseignement primaire obligatoire et gratuit pour tous ». Cette dernière disposition de la loi cadre congolaise rend très difficile l'accès des enfants à l'école en général et à l'école primaire en particulier, étant donné les coûts de scolarisation relativement élevés, d'une part, et la modicité des revenus des parents, d'autre part.

4.2.1.1. Admission en 1^{ère} année d'enseignement primaire

L'admission des enfants en 1^{ère} année primaire s'apprécie à travers les taux net et brut d'admission. Le taux net est le rapport entre le nombre total de nouveaux élèves inscrits en 1^{ère} année de l'enseignement primaire âgés de 6 ans, et la population du même âge. Il indique donc la proportion d'enfants qui commencent leurs études primaires à l'âge légal de 6 ans. Par contre, le taux brut prend en compte au numérateur les nouveaux élèves inscrits en 1^{ère} année de l'enseignement primaire de tous âges confondus et au dénominateur la population âgée de 6 ans. Il traduit la capacité des infrastructures, mais aussi la pression que les enfants âgés de moins ou plus de 6 ans exercent sur ceux ayant l'âge légal du fait qu'ils occupent leur place. Le taux brut d'admission en première année permet aussi d'apprécier l'ampleur des entrées tardives.

Le tableau 4.3 donne le taux net d'admission en 1^{ère} année primaire. Ce taux se situe à 17% et doit être considéré comme très faible, au regard de l'objectif visant un accès universel à l'éducation de base.

Tableau 4.3 : Taux net d'admission (en %) en 1^{ère} année d'enseignement primaire

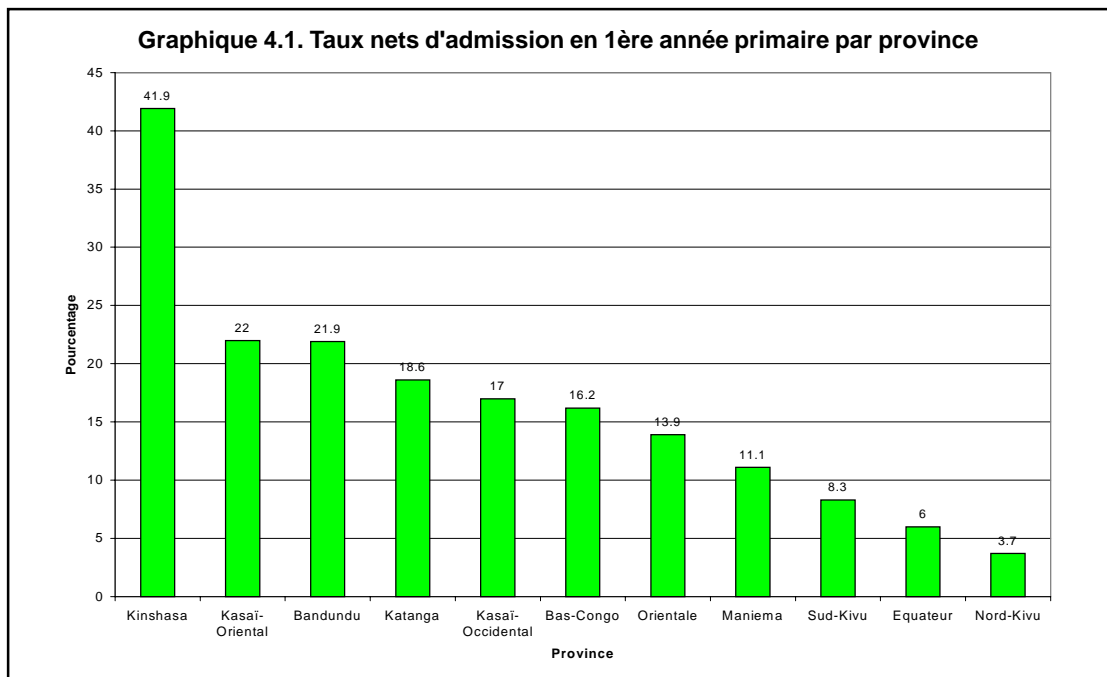
Caractéristiques	Garçons	Filles	Total	Effectif d'enfants âgés de 6 ans
Milieu de résidence				
Urbain	35,9	30,3	33,0	531
Rural	9,8	10,2	10,0	1.214
Province				
Kinshasa	50,7	33,3	41,9	169
Bas-Congo	12,3	20,4	16,2	97
Bandundu	16,2	26,8	21,9	196
Equateur	9,1	2,9	6,0	177
Orientale	14,6	13,1	13,9	213
Nord-Kivu	4,9	2,8	3,7	160
Sud-Kivu	2,2	13,8	8,3	123
Maniema	7,0	20,0	11,1	58
Katanga	21,2	16,0	18,6	232
Kasaï Oriental	18,9	25,4	22,0	145
Kasaï Occidental	21,5	12,8	17,0	175
Niveau de pauvreté				
Plus pauvres	7,4	9,6	8,5	349
Pauvres	13,2	9,2	11,2	370
Moyens	8,4	9,9	9,2	344
Riches	14,1	18,2	16,1	367
Plus riches	48,3	37,7	42,9	315
Niveau d'instruction de la mère				
Sans instruction	6,6	7,5	7,1	587
Primaire	13,6	14,0	13,8	700
Secondaire ou plus	36,7	33,0	34,9	436
Ensemble du pays	17,5	16,6	17,0	1.745

Cette faiblesse s'explique, entre autres, par les entrées tardives à l'école, les difficultés socio-économiques des parents et la distance séparant la maison de l'école. Beaucoup de parents sont, en effet, sans emploi ; ceux qui travaillent ont de très faibles revenus qui ne peuvent leur permettre de faire face au coût de scolarisation de tous les enfants. Par ailleurs, du fait de longues distances séparant la maison de l'école, notamment en milieu rural, certains parents préfèrent attendre que les enfants atteignent un âge relativement élevé (8 ou 9 ans) avant de les envoyer à l'école.

Il existe une forte disparité entre milieu urbain et milieu rural. Le taux net d'admission en 1^{ère} année en milieu urbain est trois fois plus élevé (33%) qu'en milieu rural (10%). Cet écart s'est maintenu depuis 1995.

Quant aux écarts d'admission entre garçons et filles, il ressort que les taux sont sensiblement les mêmes : 18% pour les garçons et 17% pour les filles. En 1995, par contre, les taux étaient en faveur des garçons (26%) par rapport aux filles (19%).

La situation par province est très variable. Aucune province n'enregistre un taux supérieur à 42%. Des taux particulièrement bas sont observés au Sud-Kivu (8%), à l'Equateur (6%) et surtout au Nord-Kivu (4%).



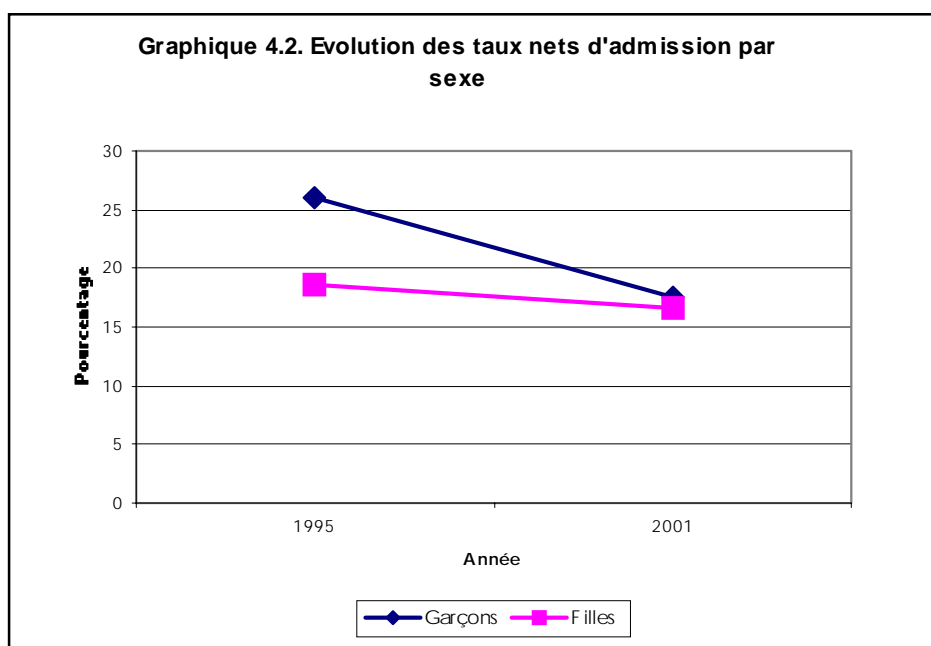
Le niveau socio-économique des parents détermine en grande partie le niveau d'admission des enfants à l'école. Les enfants issus des ménages les plus riches connaissent une admission plus élevée que les autres. Elle est 5 fois supérieure à celle des enfants des ménages les plus pauvres. L'instruction de la mère favorise l'admission des enfants à l'école primaire. Le taux net d'admission est plus élevé parmi les enfants des mères ayant le niveau du secondaire et plus.

Le taux net d'admission en 1^{ère} année primaire connaît une tendance à la baisse. Il est passé de 23% en 1995 à 17% en 2001. Cette baisse est également observée pour les enfants des deux sexes; mais elle est plus prononcée chez les garçons (baisse d'un tiers) que chez les filles (baisse d'un cinquième). La dégradation de la situation socio-économique du pays explique sans doute cette baisse.

Encadré 4.2

Le taux net d'admission en première année d'enseignement primaire est de 17%. Il était de 23% en 1995.

Les écarts entre garçons et filles se sont réduits entre 1995 et 2001.



Le tableau 4.4 présente les taux bruts d'admission en 1^{ère} année primaire. Ces taux sont plus élevés que ceux du tableau précédent et ce, quelle que soit la catégorie considérée. Il est de 84% au niveau national et reste plus prononcé chez les garçons (89%) que chez les filles (79%).

Tableau 4.4 : Taux brut d'admission en 1^{ère} année d'enseignement primaire

Caractéristiques	Garçons	Effectif des enfants	Filles	Effectif des enfants	Les 2 sexes	Effectif des enfants âgés de 6 ans
Milieu de résidence						
Urbain	103,5	255	80,8	276	91,7	531
Rural	83,3	612	78,2	602	80,8	1.214
Province						
Kinshasa	112,0	83	86,0	86	98,8	169
Bas-Congo	56,0	50	87,2	47	71,1	97
Bandundu	114,4	90	91,5	106	102,0	196
Equateur	93,1	87	64,4	90	78,5	177
Orientale	76,8	112	93,0	100	84,4	212
Nord-Kivu	49,3	71	31,5	89	39,4	160
Sud-Kivu	108,5	59	90,8	65	99,2	123
Maniema	47,5	40	155,6	18	81,0	58
Katanga	80,7	114	69,7	119	75,1	233
Kasaï Oriental	113,2	76	91,3	69	102,8	145
Kasaï Occidental	103,5	85	77,8	90	90,3	175
Ensemble du pays	89,3	867	79,0	878	84,1	1.745

Le fait que le taux brut d'admission soit supérieur au taux net signifie que l'admission en 1^{ère} année primaire se fait tardivement : les enfants commencent l'école primaire à un âge supérieur à 6 ans. Les taux supérieurs à 100% indiquent que les entrées tardives sont très importantes. Il existe, ici aussi, des inégalités entre milieu urbain et milieu rural (11 points d'écart) : c'est en milieu urbain que les entrées tardives sont les plus nombreuses.

La province de Kinshasa, le Sud-Kivu et les 2 Kasaï présentent des taux supérieurs à 100% chez les garçons : dans ces provinces l'accès à l'école primaire est le plus tardif. La situation du Nord-Kivu est particulière. Dans cette province, l'admission en 1^{ère} année primaire reste faible même quand on prend en compte les enfants qui sont âgés de plus de 9 ans. Il faut également souligner les cas du Maniema, de la province Orientale et du Bas-Congo où les taux bruts d'admission en 1^{ère} année des filles sont plus élevés que ceux des garçons. Ce taux atteint 156% chez les filles du Maniema⁽¹⁾.

4.2.1.2. Age d'entrée à l'école

Le taux brut d'admission a montré que l'admission en 1^{ère} année primaire est tardive pour de nombreux enfants congolais. L'enquête a cherché à savoir à quels âges s'effectuent finalement ces admissions (tableau 4.5).

(1) Les taux peuvent être affectés par les effectifs réduits observés dans certaines provinces, notamment le Maniema. Aussi doivent-ils être interprétés avec précaution

Tableau 4.5 : Répartition (en %) des enfants nouvellement inscrits en 1^{ère} année d'enseignement primaire selon l'âge d'entrée à l'école, le milieu de résidence et le sexe

Age	Urbain			Rural			Ensemble du pays		
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total
< 6 ans	11,3	10,2	10,8	4,5	5,3	4,9	6,8	6,9	6,8
6 ans	34,6	37,6	35,9	11,8	13,1	12,4	19,6	21,0	20,2
7 ans	28,3	28,3	28,3	22,4	24,8	23,6	24,4	26,0	25,1
8 ans	11,7	15,3	13,4	18,0	17,6	17,8	15,9	16,9	16,3
9 ans et +	14,1	8,5	11,6	43,3	39,2	41,3	33,3	29,4	31,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des enfants	264	223	487	510	471	981	775	693	1.468

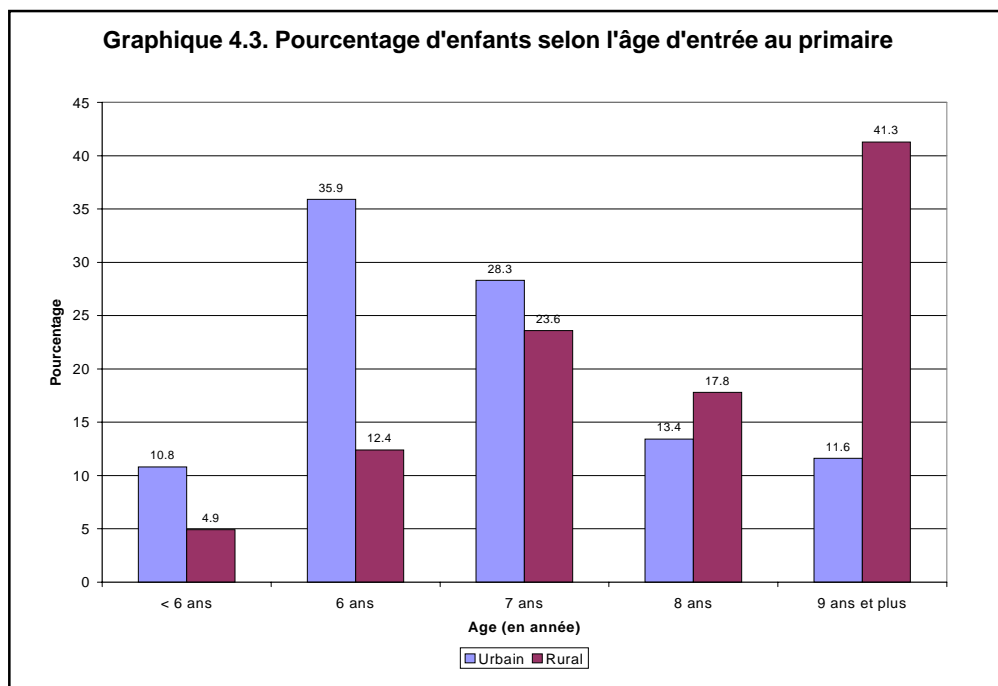
Sur 100 enfants nouvellement inscrits en 1^{ère} année primaire, 20 seulement sont âgés de 6 ans et 7 ont moins de 6 ans. Ces proportions sont les mêmes chez les garçons comme chez les filles. Les enfants âgés de 9 ans et plus représentent 32%. Ces données confirment le caractère tardif des entrées à l'école primaire en RDC, lequel a un impact sur le retard des élèves et étudiants dans les établissements scolaires du pays. Elles montrent également que la loi relative à l'âge limite d'admission en première année n'est pas respectée.

C'est en milieu rural que l'entrée tardive à l'école primaire est la plus marquée. En effet, alors qu'en milieu urbain les enfants qui entrent à 6 ans (36%) sont les plus nombreux, ce sont les enfants âgés de 9 ans et plus qui représentent la proportion la plus importante (41%) en milieu rural. La répartition inégale de l'offre scolaire à travers le pays peut être un obstacle aux admissions du fait que dans certaines provinces,

les écoles sont peu nombreuses et très éloignées des domiciles des enfants et donc ne sont pas facilement accessibles à pieds par les petits enfants.

Encadré 4.3

Sur 100 enfants nouvellement inscrits en première année primaire, seulement 20 ont été admis à l'âge légal de 6 ans; 32 l'ont été à 9 ans ou plus, en violation de la loi-cadre sur l'âge légal d'entrée à l'école primaire.



4.2.2. Fréquentation scolaire

4.2.2.1. Scolarisation des enfants au niveau primaire

La scolarisation des enfants est mesurée par le taux net de scolarisation des enfants âgés de 6 à 11 ans. La formule utilisée consiste à considérer au numérateur le nombre d'enfants âgés de 6 à 11 ans fréquentant l'école primaire au moment de l'enquête et au dénominateur le nombre total d'enfants de cette tranche d'âge. Le tableau 4.6 présente les taux nets de scolarisation au primaire selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 4.6 : Taux nets de scolarisation au primaire (6-11 ans) selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Garçons		Filles		Les deux sexes	
	%	Effectif des enfants	%	Effectif des enfants	%	Effectif des enfants
Milieu de résidence						
Urbain	73,2	1.403	70,0	1.456	71,6	2.858
Rural	47,1	3.377	39,6	3.432	43,3	6.809
Province						
Kinshasa	76,8	467	75,7	429	76,3	896
Bas-Congo	60,7	292	60,5	295	60,6	587
Bandundu	59,7	538	54,9	549	57,3	1.087
Equateur	42,8	461	32,1	510	37,2	971
Orientale	51,2	641	47,7	616	49,5	1.257
Nord-Kivu	38,0	377	30,4	406	34,1	783
Sud-Kivu	44,6	341	38,1	388	41,1	729
Maniema	48,7	142	50,4	122	49,5	264
Katanga	50,4	659	44,1	682	47,2	1.341
Kasaï Oriental	66,5	441	61,6	442	64,0	883
Kasaï Occidental	58,4	420	46,5	449	52,2	869
Niveau de pauvreté						
Plus pauvres	43,2	943	35,2	947	39,2	1.890
Pauvres	42,2	958	35,5	1.022	38,7	1.980
Moyens	49,8	1.002	39,3	1.021	44,5	2.023
Riches	58,7	977	55,1	975	56,9	1.952
Plus riches	81,7	900	80,5	922	81,0	1.822
Age de l'élève						
6 ans	24,6	867	22,9	878	23,8	1.745
7 ans	45,1	840	45,0	881	45,0	1.721
8 ans	55,5	784	54,1	802	54,8	1.586
9 ans	67,2	757	52,2	776	59,6	1.534
10 ans	70,3	771	61,0	789	65,6	1.560
11 ans	71,0	760	60,4	761	65,7	1.521
Ensemble du pays	54,8	4.780	48,6	4.887	51,7	9.667

Ce tableau montre que la scolarisation au niveau primaire reste faible (52% d'enfants), avec un léger avantage pour les garçons : 55% contre 49% pour les filles.

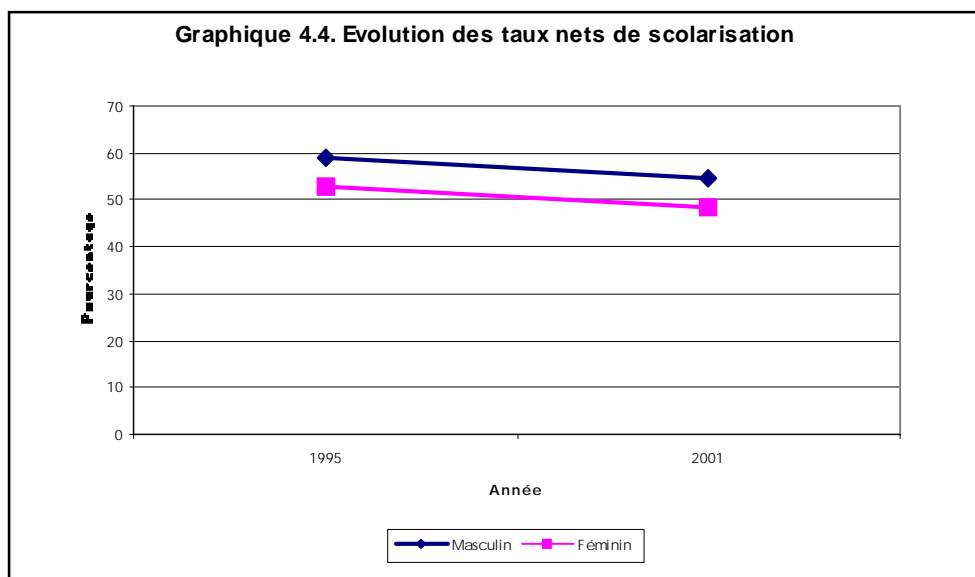
Aucune province n'atteint le seuil de 80%, l'un des objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants. Les provinces jadis réputées pour une scolarisation élevée des enfants sont toujours restées en tête : Kinshasa, Bas-Congo, Bandundu et Kasaï Oriental. Les provinces de l'Equateur et du Nord-Kivu présentent les taux les plus faibles, avec respectivement 37% et 34% d'enfants d'âge scolaire fréquentant actuellement un établissement d'enseignement primaire.

La scolarisation des enfants âgés de 6 ans est également très faible (24%). Les taux progressent au fur et à mesure que l'âge augmente et se stabilisent entre 10 et 11 ans. L'écart entre garçons et filles se creuse davantage à partir de 9 ans. Ceci laisse croire que les filles quittent le plus souvent l'école à partir de cet âge pour se consacrer à d'autres activités, notamment les travaux ménagers ou les activités économiques. Les parents opèrent des choix, au détriment des filles, des enfants à envoyer à l'école (Lututala, Ngondo et Munkeni, 1996).

La scolarisation des enfants de 6 à 11 ans est nettement plus élevée en milieu urbain (72%) qu'en milieu rural (43%). En zone urbaine comme en zone rurale, les garçons sont plus scolarisés que les filles.

Le niveau de vie des ménages influe sur la scolarisation des enfants. Le taux de scolarisation des enfants des parents les plus riches est de 81% alors qu'il n'est que de l'ordre de 39% pour les enfants des ménages pauvres. La crise que traverse actuellement la RDC constitue un véritable frein à la scolarisation des enfants. D'une part, les parents ont beaucoup de difficultés à soutenir financièrement la scolarité de leurs enfants. D'autre part, la capacité d'accueil des écoles semble dépassée par rapport au nombre sans cesse croissant d'enfants d'âge scolaire. Le désengagement de l'Etat vis-à-vis du financement de l'éducation fait que la scolarisation en RDC est de plus en plus tributaire de la capacité des parents à l'assurer à leurs enfants (Sekimonyo, 2001).

Par rapport à 1995, le taux net de scolarisation des enfants âgés de 6-11 ans a connu une baisse. Il est passé de 56% en 1995 à 52% en 2001.



Cette baisse frappe aussi bien les filles que les garçons et dans les mêmes proportions. Elle traduit le fait que l'école, qui était considérée comme un lieu de passage obligé pour accéder à un certain statut social est en train de perdre de son importance. La valeur du diplôme est de plus en plus démythifiée et parfois même décriée ;

beaucoup de parents, surtout ceux du milieu rural, ne trouvent plus autant d'importance à envoyer leurs enfants à l'école. Ils considèrent celle-ci comme un lieu de tracasseries et les études comme

Encadré 4.4

Alors que tous les enfants ont droit à la scolarisation, seulement un peu plus d'un enfant d'âge scolaire sur deux (52%) fréquente actuellement l'école.

une perte de temps. Le phénomène «libanga»⁽¹⁾ l'emporte sur la fréquentation scolaire. Dans les provinces minières, en l'occurrence les deux Kasai, l'exploitation artisanale des mines attire plus d'un enfant qui se détournent, dès lors, du chemin de l'école.

Dans d'autres provinces comme l'Equateur, la pêche procure plus de revenus monétaires que les emplois des diplômés, si ces diplômés parviennent à trouver un emploi.

4.2.2.2. Enfants de 6-14 ans n'ayant jamais fréquenté l'école

La proportion d'enfants âgés de 6 à 14 ans n'ayant jamais fréquenté l'école est calculée en rapportant le nombre total de ces enfants au nombre total d'enfants de cette tranche d'âge. L'intervalle est allé jusqu'à 14 ans parce qu'on a pris en compte les 3 années de redoublement autorisées par le Ministère de l'Education Nationale (tableau 4.7).

La proportion d'enfants n'ayant jamais fréquenté l'école primaire est élevée en RDC (31%). Elle est plus importante en milieu rural où elle atteint 39%, contre 14% en milieu urbain. Entre les provinces, les disparités sont importantes, notamment entre Kinshasa où 9% d'enfants n'ont jamais fréquenté l'école, et certaines autres provinces dont le Sud-Kivu (42%), l'Equateur (44%) et surtout le Nord-Kivu (47%).

Les filles sont plus nombreuses (35%) que les garçons (28%) à n'avoir jamais fréquenté l'école. Cette disparité entre les sexes existe également en milieu rural (44% de filles contre 34% de garçons) et dans la plupart des provinces.

Tableau 4.7 : Pourcentage de la population âgée de 6 à 14 ans n'ayant jamais fréquenté l'école selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Masculin		Féminin		Les deux sexes	
	%	Effectif des enfants	%	Effectif des enfants	%	Effectif des enfants
Milieu de résidence						
Urbain	12,9	2.068	14,7	2.186	13,8	4.254
Rural	34,0	4.947	43,5	5.019	38,8	9.966
Province						
Kinshasa	9,1	662	9,0	673	9,1	1.335
Bas-Congo	23,4	448	22,3	431	22,8	879
Bandundu	25,8	777	30,1	783	27,9	1.561
Equateur	36,6	689	50,1	746	43,6	1.434
Orientale	30,2	916	35,4	892	32,8	1.808
Nord-Kivu	42,0	539	52,0	575	47,1	1.113
Sud-Kivu	37,4	516	46,8	581	42,4	1.096
Maniema	28,5	210	23,5	192	26,1	402
Katanga	26,9	978	36,6	1.011	31,8	1.989
Kasai Oriental	22,4	635	28,1	675	25,3	1.310
Kasai Occidental	26,3	646	38,2	647	32,3	1.293
Niveau d'instruction de la mère						
Sans instruction	41,5	2.329	55,5	2.380	48,5	4.709
Primaire	27,2	2.738	32,5	2.833	29,9	5.571
Secondaire ou plus	11,5	1.800	13,0	1.875	12,3	3.676
Prog. non formel	18,2	86	13,3	75	15,9	162
Ensemble du pays	27,8	7.015	34,8	7.205	31,3	14.220

⁽¹⁾ « (Kobeta) libanga », littéralement : tailler la pierre. Expression lingala signifiant : se débrouiller durement pour se procurer rapidement de l'argent.

Le niveau d'instruction de la mère influe sur ce phénomène. On remarque que 49% d'enfants des mères sans instruction n'ont jamais fréquenté l'école, alors que la proportion est de 12% pour les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction secondaire ou plus. De plus, l'écart entre filles et garçons est plus important chez les enfants issus de mères sans instruction : il est de 14 points contre 1,5 points seulement pour les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Encadré 4.5.

Dans l'ensemble du pays, 31% des enfants de 6 à 14 ans n'ont jamais fréquenté l'école. La proportion de filles n'ayant jamais fréquenté l'école est quatre fois plus élevée parmi les enfants des mères sans instruction (56%) que parmi celles des mères ayant le niveau d'instruction secondaire (13%).

4.2.2.3. Retard scolaire au niveau de l'enseignement primaire

Le retard des élèves du niveau primaire est apprécié à partir de la proportion d'enfants âgés de plus de 14 ans fréquentant actuellement l'école primaire (tableau 4.8). En effet, partant de l'âge légal de 6 ans pour commencer les études primaires et la durée de celles-ci qui est de 6 ans, et en considérant les 3 années de redoublement autorisées, l'enfant qui a atteint l'âge de 14 ans devrait normalement avoir terminé l'école primaire.

Tableau 4.8 : Pourcentage d'enfants inscrits à l'école primaire ayant dépassé l'âge de 14 ans selon la province et le milieu de résidence

Caractéristiques	Masculin		Féminin		Les deux sexes	
	%	Effectif des enfants	%	Effectif des enfants	%	Effectif des enfants
Milieu de résidence						
Urbain	10,8	1.688	7,9	1.626	9,4	3.314
Rural	19,1	3.274	14,0	2.581	16,9	5.855
Province						
Kinshasa	5,0	513	4,2	491	4,6	1.004
Bas-Congo	19,4	350	12,5	308	16,1	658
Bandundu	16,2	611	16,3	571	16,3	1.182
Equateur	24,0	458	17,9	337	21,4	795
Orientale	18,9	632	14,9	544	17,1	1.176
Nord-Kivu	14,9	264	8,9	210	12,3	474
Sud-Kivu	16,9	321	10,3	276	13,8	597
Maniema	20,6	156	9,5	116	15,9	272
Katanga	17,6	638	8,2	499	13,4	1.137
Kasaï Oriental	12,4	514	9,6	470	11,1	985
Kasaï Occidental	17,1	505	13,9	385	15,7	890
Ensemble du pays	16,3	4.962	11,7	4.207	14,2	9.169

La proportion des enfants ayant dépassé l'âge légal de l'enseignement primaire est de 14% pour l'ensemble de la RDC, 12% chez les filles et 16% chez les garçons. Ce retard résulte bien entendu des entrées tardives mais aussi des redoublements incontrôlés. Le milieu rural est plus frappé par ce phénomène dont les conséquences sur le développement du pays et la poursuite des études sont néfastes. En effet, le retard des élèves du primaire a des implications sur les entrées et les sorties tardives des enfants à l'école secondaire et à l'université. L'élasticité des années académiques, au niveau de l'enseignement universitaire et supérieur, aggrave la situation. Alors qu'autrefois la plupart des étudiants terminaient leurs études universitaires autour de l'âge de 25 ans, c'est autour de 30 ans que beaucoup d'étudiants terminent aujourd'hui leurs études universitaires. A cet âge, et en considérant la durée de chômage probable avant le premier emploi d'une part, et la faible espérance de vie à la naissance d'autre part, on peut craindre que les jeunes diplômés universitaires ne contribuent que pendant très peu d'années à la vie économique.

4.2.2.4. Causes de non-fréquentation scolaire par les enfants de 6 à 14 ans

La non-fréquentation scolaire analysée ici concerne les enfants âgés de 6 à 14 ans rencontrés dans les ménages et qui ne fréquentaient pas l'école au moment de l'enquête ou au cours de l'année scolaire 2000-2001. Il s'agit des enfants qui n'ont jamais fréquenté l'école ainsi que des élèves qui n'allaient pas à l'école au moment de l'enquête. La proportion de ces enfants est obtenue en rapportant leur nombre au total d'enfants de cette tranche d'âges (tableau 4.9).

Tableau 4.9 : Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 14 ans ne fréquentant pas l'école selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Sexe masculin		Sexe féminin		Les deux sexes	
	%	Effectif des enfants	%	Effectif des enfants	%	Effectif des enfants
Milieu de résidence						
Urbain	25,6	2.068	29,0	2.186	27,4	4.254
Rural	48,0	4.947	57,0	5.019	52,5	9.966
Province						
Kinshasa	25,8	662	26,5	673	26,1	1.335
Bas-Congo	37,0	448	37,1	431	37,1	879
Bandundu	36,0	777	40,2	783	38,1	1.561
Equateur	50,1	689	62,9	746	56,7	1.434
Orientale	45,4	916	48,0	892	46,7	1.808
Nord-Kivu	59,7	539	67,1	575	63,6	1.113
Sud-Kivu	48,7	516	59,3	581	54,3	1.096
Maniema	41,7	210	41,2	192	41,4	402
Katanga	47,3	978	56,4	1.011	52,0	1.989
Kasaï Oriental	28,7	635	37,3	675	33,1	1.310
Kasaï Occidental	34,1	646	48,2	647	41,2	1.293
Age de l'enfant						
6-9 ans	54,8	3.248	58,3	3.338	56,6	6.587
10-14 ans	29,8	3.766	40,0	3.867	35,0	7.633
Ensemble du pays	41,4	7.015	48,5	7.205	45,0	14.220

L'enquête montre que près de la moitié des enfants (45%) de 6 à 14 ans ne fréquentaient pas l'école au moment de l'enquête (année scolaire 2000-2001). Les filles sont plus nombreuses que les garçons : 49% contre 41%. Par ailleurs, un peu plus d'un enfant sur deux du milieu rural (53%) est dans cette situation, alors qu'en milieu urbain on observe une proportion de 27% d'enfants qui ne vont pas à l'école.

Par rapport à l'âge de l'enfant, on observe que quel que soit le sexe, les enfants qui ne fréquentaient pas l'école sont plus nombreux parmi les enfants de 6-9 ans que ceux âgés de 10 à 14 ans.

Le tableau 4.10 présente les causes de cette non-fréquentation scolaire selon différentes caractéristiques socio-démographiques des parents des enfants. On y observe que le non paiement des frais scolaires est de loin la cause principale. Ceci reste vrai pour toutes les catégories sociales, dans les deux milieux de résidence et dans toutes les provinces. On constate par ailleurs que c'est en milieu urbain, à Kinshasa et dans la province de l'Equateur que cette cause est la plus fréquente.

Tableau 4.10 : Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 14 ans ne fréquentant pas l'école selon le motif donné et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Motif de non-fréquentation								Effectif des enfants
	Pas d'écoles proches	Frais scolaires	Echecs scolaires	Maladie prolongée	Changement de résidence	Grossesse	Travail	Autres	
Milieu de résidence									
Urbain	1,9	72,8	1,4	4,1	5,1	0,2	0,7	13,5	1.025
Rural	10,5	60,4	1,0	4,0	1,6	0,1	0,9	21,5	5.040
Province									
Kinshasa	2,5	72,8	0,9	2,3	4,1	0,0	0,2	16,9	271
Bas-Congo	8,6	51,3	1,3	5,0	4,2	0,0	0,9	28,8	303
Bandundu	10,9	57,2	1,8	3,1	2,4	0,4	1,2	23,0	543
Equateur	2,0	74,5	0,8	4,8	1,7	0,0	0,4	15,8	805
Orientale	15,6	56,4	1,6	7,2	3,9	0,1	0,7	14,4	814
Nord Kivu	6,9	61,0	0,2	2,9	1,6	0,0	1,1	25,9	686
Sud-Kivu	3,4	68,1	0,2	2,4	0,8	0,2	1,5	23,3	585
Maniema	8,4	44,1	0,6	4,5	3,9	0,6	1,1	36,9	165
Katanga	12,1	68,1	1,2	2,5	0,3	0,1	0,7	15,1	977
Kasaï Oriental	14,8	64,5	1,2	3,8	2,8	0,0	0,5	12,3	396
Kasaï Occidental	10,6	49,6	1,2	5,4	2,8	0,0	1,4	28,9	520
Niveau de pauvreté									
Plus pauvres	9,6	58,2	0,9	4,6	2,3	0,1	0,9	23,3	1.463
Pauvres	9,4	64,2	0,8	3,8	1,9	0,0	0,7	19,3	1.633
Moyens	10,6	63,5	1,5	3,6	1,7	0,0	1,1	18,1	1.464
Riches	8,8	63,1	1,2	4,4	1,6	0,2	1,0	19,6	1.066
Plus riches	1,2	65,8	0,7	3,7	5,7	0,6	0,6	21,6	439
Niveau d'instruction de la mère									
Sans instruction	9,2	65,0	1,0	3,5	1,4	0,1	0,9	18,9	2.916
Primaire	10,1	59,6	1,0	4,7	2,1	0,2	0,7	21,5	2.362
Secondaire ou plus	4,8	61,9	1,2	4,0	5,7	0,0	1,3	21,1	747
Prog. non formel	(10,7)	(68,6)	(0,0)	(3,4)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(17,3)	(38)
Sexe									
Masculin	9,1	62,5	1,0	3,7	2,1	0,0	0,3	21,3	2.731
Féminin	9,0	62,5	1,1	4,3	2,2	0,2	1,4	19,3	3.335
Ensemble du pays	9,0	62,5	1,1	4,0	2,2	0,1	0,9	20,2	6.066

Deux faits complémentaires peuvent expliquer cette situation : le manque réel de moyens financiers permettant aux parents de payer les frais de scolarité, et la pratique actuelle qui consiste à ne pas admettre les enfants non en règle de paiement de minerval avec l'école. Dans certains cas, les élèves sont expulsés pour un ou quelques jours seulement de retard de paiement. Cette pratique résulte, selon les chefs d'établissements, de la nécessité d'avoir les moyens nécessaires pour faire fonctionner l'école, y compris le paiement de la « prime » due aux enseignants. Ceci pose le problème de la responsabilité de l'Etat congolais vis-à-vis du financement de la scolarisation des enfants. Sa démission et le fait de faire endosser cette charge aux parents conduisent à la non-fréquentation, momentanée ou prolongée, d'une bonne moitié des enfants congolais comme observé au tableau 4.9.

Plusieurs autres causes sont citées pour expliquer la non-fréquentation scolaire. Il y a d'abord un ensemble de causes dites « autres », que les mères n'ont pas voulu ou pu déclarer au moment de l'enquête. Il peut s'agir des causes pour lesquelles elles se sentent coupables, car il semble invraisemblable qu'un parent ne sache pas pourquoi son enfant ne fréquente pas. Il faudrait approfondir les analyses sur cette question. L'éloignement des écoles par rapport aux domiciles des enfants est une autre cause de non-fréquentation de 9% d'enfants : 11% en milieu rural et 2% en milieu urbain.

Dans certains milieux ruraux, les enfants doivent franchir des kilomètres pour effectuer les va-et-vient entre leurs villages et leurs écoles. La situation serait particulièrement dramatique dans la province Orientale, au Kasaï Oriental et au Bandundu. Il se pose là un problème de la carte scolaire, c'est-à-dire de la distribution de l'offre éducative en fonction de la demande sociale de chaque milieu.

Les maladies prolongées constituent également une cause de non-fréquentation scolaire ; elles gênent indistinctement les enfants en milieu urbain et en milieu rural.

Les changements de résidence provoquent aussi la non-fréquentation scolaire, principalement dans les milieux urbains, sans doute parce qu'ils exigent de faire réinscrire les enfants dans les écoles des nouveaux lieux de résidence. Or l'inscription d'un enfant dans une école, notamment en ville, au cours d'une année scolaire n'est pas aisée.

Encadré 4.7

« La déscolarisation accroît le taux d'analphabétisme, ouvre la voie aux candidats enfants de la rue, à la débauche, aux menaces à la santé de la reproduction notamment au contact avec le VIH-SIDA. Elle ne permet pas une bonne formation professionnelle, crée des conditions de marginalisation, d'exclusion et de privation de dignité humaine ». (Sekimonyo, 2001).

4.2.3. Efficacité interne du système scolaire

L'efficacité interne est analysée d'abord en considérant les promotions, redoublements et abandons scolaires.

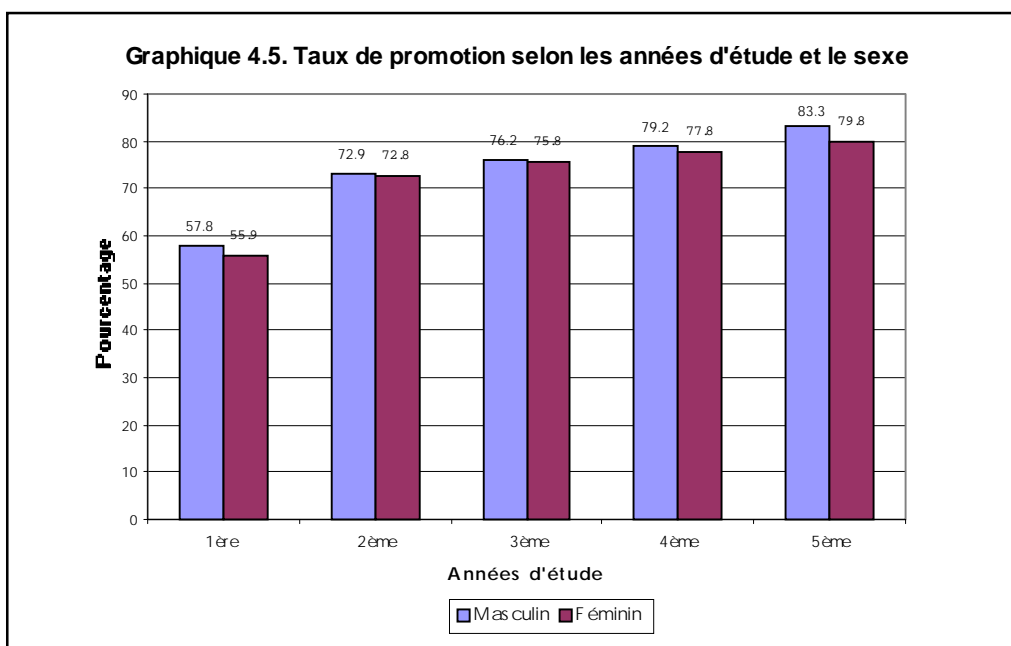
4.2.3.1. Promotion, redoublement et abandon scolaires

Le taux de promotion se situe à 57% en première année. Il augmente d'une année à une autre jusqu'à atteindre 79% en 4ème année et 82% en 5ème année (tableau 4.11). Les abandons et les redoublements sont relativement plus nombreux en 1ère année primaire et diminuent au fur et à mesure que les enfants s'adaptent au système scolaire.

Tableau 4.11 : Taux de rendement interne du système scolaire

Année d'étude		Sexe masculin	Sexe féminin	Les deux sexes
1 ^{ère}	Taux de promotion	57,8	55,9	56,9
	Taux de redoublement	29,6	30,2	29,9
	Taux d'abandon	12,6	13,9	13,2
2 ^e	Taux de promotion	72,9	72,8	72,9
	Taux de redoublement	16,1	13,5	14,9
	Taux d'abandon	10,9	13,7	12,2
3 ^e	Taux de promotion	76,2	75,8	76,0
	Taux de redoublement	13,0	11,1	12,1
	Taux d'abandon	10,9	13,1	11,9
4 ^e	Taux de promotion	79,2	77,8	78,6
	Taux de redoublement	11,5	12,5	11,9
	Taux d'abandon	9,3	9,7	9,5
5 ^e	Taux de promotion	83,3	79,8	81,8
	Taux de redoublement	11,5	9,8	10,8
	Taux d'abandon	5,2	10,4	7,4
Taux moyens	Taux de promotion	73,9	72,4	73,2
	Taux de redoublement	16,3	15,4	15,9
	Taux d'abandon	9,8	12,2	10,8

Quelle que soit l'année d'étude considérée, le taux de redoublement est plus élevé que le taux d'abandon. L'écart est plus important en première année et il s'amenuise entre la deuxième et la quatrième années.



Le taux de promotion est plus faible chez les filles en première année, mais il tend à s'équilibrer dès la deuxième année. Les taux d'abandons sont, à toutes les années, légèrement plus élevés chez les filles que chez les garçons.

4.2.3.2. Survie scolaire en 5ème année d'enseignement primaire

La survie scolaire⁽¹⁾ en 5ème année est très faible. Sur 100 enfants inscrits en 1ère année primaire, 25 seulement atteignent la 5ème année primaire après 4 années de scolarité. Le système scolaire congolais n'est pas efficace au vu de ces résultats. Plusieurs facteurs expliquent cette situation dont la démotivation des enseignants et le manque de formation, de recyclage et de matériel pédagogique sont les plus importants.

Les écoles opèrent dans un environnement social et économique de plus en plus difficile. L'encadrement à domicile des élèves se relâche du fait des conditions de vie de plus en plus précaires. L'école offre aujourd'hui peu de débouchés.

Encadré 4.8

Sur 100 enfants inscrits en 1ère année primaire, 25 seulement atteignent la 5ème année après 4 années de scolarité. Le système scolaire congolais n'est pas efficace.

Il faut remarquer que le système scolaire congolais opère un véritable tri. Il procède à un tamisage des enfants d'une année à une autre pour ne garder que les plus brillants. En effet, on constate que les taux de survie augmentent avec les années d'étude : le taux passe de 57% de la 1ère année à la 2ème année, à 73% de la 2ème année à la 3ème année, et à 79% de la 4ème année à la 5ème année.

Entre les sexes, on observe peu de différence dans les taux de survie scolaire de la première en cinquième primaire.

La survie scolaire est influencée par le niveau de pauvreté. Le taux de survie chez les enfants des ménages les plus riches se situe à 41% contre 18% chez les enfants des ménages les plus pauvres. Ainsi, non seulement les enfants des familles pauvres sont moins scolarisés que ceux des familles plus riches, mais ils ont encore moins de chance de terminer leurs études primaires que ces derniers. On peut parler d'une sélection sociale qui s'opère à travers l'école, au profit des enfants des ménages les plus aisés.

⁽¹⁾ Le taux de transition de la première à la cinquième mesure la proportion d'élèves inscrits en première année qui atteignent la cinquième année. Ce taux est construit selon le principe de la cohorte fictive: si les taux de promotion, de redoublement et d'abandon observés durant une année scolaire étaient ceux d'une cohorte, le taux de survie de la première à la cinquième année de cette cohorte serait celui observé.

Tableau 4.12 : Pourcentage d'enfants entrant en 1^{ère} année d'enseignement primaire et qui atteignent la 5^{ème} année selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	% de la 1 ^{ère} à la 2 ^{ème}	% de la 2 ^{ème} à la 3 ^{ème}	% de la 3 ^{ème} à la 4 ^{ème}	% de la 4 ^{ème} à la 5 ^{ème}	% de ceux de la 1 ^{ère} année qui atteignent la 5 ^{ème}
Milieu de résidence					
Urbain	67,5	77,0	79,0	81,9	33,6
Rural	52,4	70,7	74,0	75,9	20,8
Province					
Kinshasa	73,3	83,8	81,7	82,0	41,1
Bas-Congo	59,2	74,6	70,4	81,1	25,2
Bandundu	63,2	86,6	84,8	87,9	40,7
Equateur	48,4	66,5	62,7	76,3	15,4
Orientale	51,9	68,9	77,5	69,3	19,2
Nord-Kivu	39,6	42,3	55,3	57,7	5,3
Sud-Kivu	62,2	61,5	66,9	71,4	18,3
Maniema	55,1	74,0	78,6	84,0	26,9
Katanga	49,7	66,3	72,7	76,1	18,2
Kasaï Oriental	59,1	78,6	82,0	83,7	31,9
Kasaï Occidental	64,4	82,1	85,7	84,3	38,2
Niveau de pauvreté					
Plus pauvres	47,2	67,7	72,3	77,5	17,9
Pauvres	51,9	63,6	74,4	78,9	19,4
Moyens	55,6	69,4	75,7	72,7	21,2
Riches	58,0	74,6	74,6	79,5	25,7
Plus riches	72,4	85,7	80,3	81,6	40,7
Sexe					
Masculin	57,8	72,9	76,2	79,2	25,5
Féminin	55,9	72,8	75,8	77,8	24,0
Ensemble du pays	56,9	72,9	76,0	78,6	24,8

Des inégalités sont également observées entre provinces. Kinshasa, Bandundu, Kasaï Occidental et Kasaï Oriental présentent les taux de rétention les plus élevés, même s'ils ne dépassent pas les 50%. En revanche, c'est le Nord-Kivu qui retient le moins les enfants dans le système scolaire.

Dans l'ensemble, les taux de survie en 5^{ème} année primaire connaissent une stagnation entre 1995 et 2001 (25%).

4.2.3.3. Transition du primaire au secondaire

Le tableau 4.13 présente les taux bruts de transition du primaire au secondaire, qui mesurent le niveau de passage de l'enseignement primaire à l'enseignement secondaire. Il s'agit du rapport entre le nombre total de nouveaux élèves inscrits en première année du secondaire de l'année scolaire en cours et le nombre total des inscrits de la sixième année du primaire de l'année scolaire précédente.

Le taux de transition du primaire au secondaire est élevé. Sur 100 élèves qui terminent la 6^{ème} primaire, 81 s'inscrivent en 1^{ère} année secondaire. Il y a peu de différence entre garçons et filles au niveau de l'ensemble du pays.

Tableau 4.13 : Taux brut de transition de l'enseignement primaire à l'enseignement secondaire

Milieu de résidence	Garçons		Filles		Les deux sexes	
	%	Effectif des enfants	%	Effectif des enfants	%	Effectif des enfants en 6 ^{ème} primaire
Urbain	85,4	174	84,2	171	84,8	345
Rural	77,8	180	74,5	109	76,6	289
Ensemble du pays	81,5	354	80,4	280	81,0	634

Le taux de transition en milieu urbain (85%) est plus élevé que celui du milieu rural (77%). Ce qui laisse penser que le rendement interne des écoles est meilleur en milieu urbain. Cette situation serait favorisée par un personnel enseignant plus qualifié dont bénéficieraient les écoles en milieu urbain, comparativement à celles du milieu rural, et peut-être aussi des conditions d'étude meilleures en milieu urbain.

4.3. NIVEAU D'INSTRUCTION ET ANALPHABÉTISME DES ADULTES

Cette section aborde le niveau d'instruction et d'analphabétisme des adultes (personnes âgées de 15 et plus)⁽¹⁾. L'analphabétisme est mesurée par l'incapacité à lire et à écrire un texte dans une langue quelconque. L'enquête MICS2 s'est contentée des déclarations des personnes enquêtées sur leur capacité de lire et d'écrire sans contrôler ces déclarations par un texte de lecture, d'écriture et de calcul.

4.3.1. Analphabétisme des adultes de 15 ans et plus

On s'intéresse ici au niveau d'analphabétisme de toute la population de 15 ans et plus. En observant la moyenne nationale, on constate que le taux d'analphabétisme de cette catégorie est élevé : 32 personnes âgées de 15 ans et plus sur 100 ne savent ni lire ni écrire. Il existe un grand écart entre les hommes (19%) et les femmes (44%). Cette situation est due notamment à l'absence d'un programme national d'alphabétisation des adultes, aux insuffisances des structures d'encadrement, au peu d'intérêt accordé à l'alphabétisation et à certains facteurs socioculturels à élucider.

L'analphabétisme en milieu rural est de loin supérieur à celui du milieu urbain (40% contre 14%). Le taux féminin en milieu rural (55%) est plus du double de celui des femmes du milieu urbain (21%). Le taux d'analphabétisme varie de 10% pour les ménages les plus riches à 43% pour les plus pauvres. On peut en conclure que le niveau de pauvreté détermine le niveau de l'alphabétisation.

Les taux d'analphabétisme des adultes varient de 11% à Kinshasa, à 48% au Nord-Kivu. Au Nord-Kivu et à l'Equateur, c'est près de la moitié de la population qui ne sait ni lire ni écrire (tableau 4.14 et graphique 4.6).

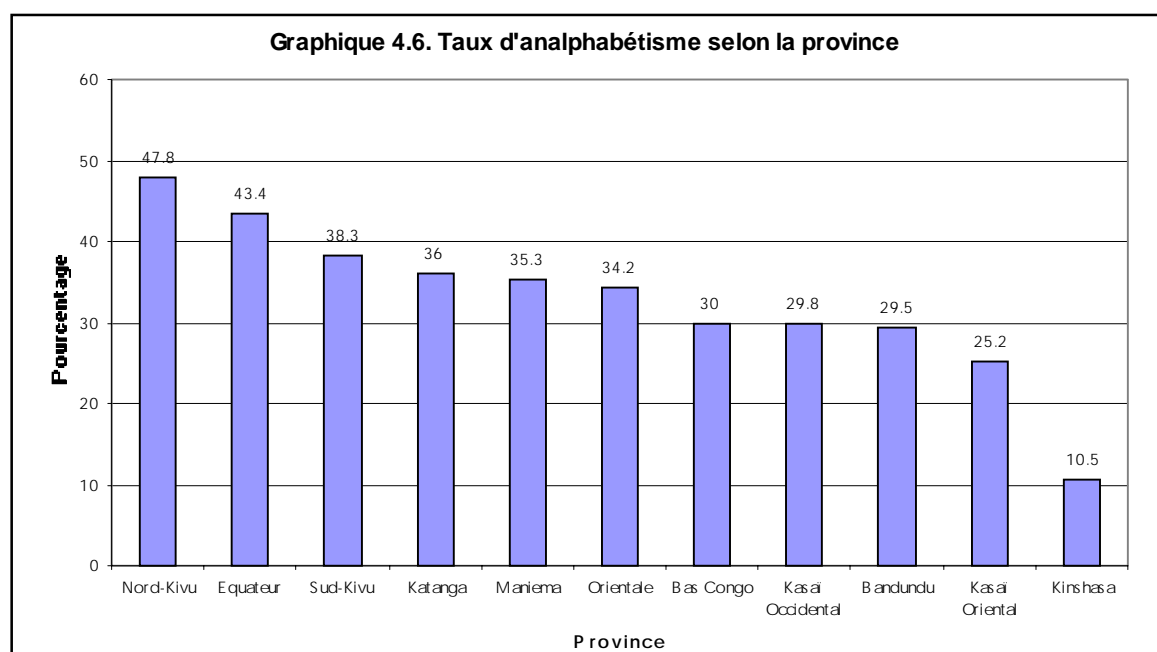
Encadré 4.9
Dans l'ensemble, un adulte sur trois est analphabète ; une femme adulte sur deux et un homme sur cinq sont analphabètes.

⁽¹⁾ Etant donné que c'est à travers l'école que se fait l'alphabétisation, les personnes qui n'ont jamais été à l'école courent le risque de rester analphabètes toute leur vie du fait de la quasi inexistence des programmes d'alphabétisation des adultes dans le pays.

Tableau 4.14 : Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus ne sachant ni lire ni écrire selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Sexe masculin			Sexe féminin			Les deux sexes		
	% Analpha-bète	Ne sait pas	Effectif	% Analpha-bète	Ne sait pas	Effectif	% Analpha-bète	Ne sait pas	Effectif
Milieu de résidence									
Urbain	7,3	0,6	4.474	20,6	1,6	4.721	14,1	1,1	9.195
Rural	24,4	1,8	9.283	55,0	5,2	10.102	40,3	3,6	19.385
Province									
Kinshasa	6,0	0,2	1.551	14,5	0,6	1.700	10,5	0,4	3.251
Bas-Congo	16,7	0,5	869	41,8	0,5	986	30,0	0,5	1.854
Bandundu	16,4	0,6	1.582	41,1	1,3	1.767	29,5	1,0	3.349
Equateur	24,4	1,7	1.352	60,7	5,5	1.488	43,4	3,7	2.840
Orientale	20,6	2,0	1.770	46,7	4,9	1.937	34,2	3,5	3.707
Nord-Kivu	34,8	1,0	946	60,0	1,7	1.006	47,8	1,4	1.952
Sud-Kivu	22,1	4,5	971	53,7	8,9	1.028	38,3	6,8	1.999
Maniema	18,0	1,4	409	52,3	5,5	417	35,3	3,5	826
Katanga	22,5	0,9	1.897	48,9	3,2	1.989	36,0	2,1	3.885
Kasaï Oriental	13,4	1,8	1.273	36,5	7,4	1.328	25,2	4,7	2.601
Kasaï Occidental	15,9	1,7	1.138	43,2	7,7	1.178	29,8	4,8	2.316
Niveau de pauvreté									
Plus pauvres	25,2	1,8	2.760	59,0	4,4	3.005	42,8	3,1	5.765
Pauvres	26,9	2,1	2.638	54,9	7,4	2.903	41,6	4,9	5.541
Moyens	22,5	1,7	2.596	54,0	4,5	2.877	39,0	3,2	5.473
Riches	15,8	1,4	2.792	39,0	3,5	2.942	27,7	2,5	5.733
Plus riches	5,3	0,2	2.971	15,1	0,7	3.097	10,3	0,5	6.069
Age									
15-24 ans	21,7	1,6	5.167	35,7	3,2	5.420	28,9	2,4	10.586
25-34 ans	13,8	1,0	3.065	36,5	3,0	3.735	26,2	2,1	6.800
35-44 ans	13,9	0,7	2.608	46,0	4,0	2.645	30,0	2,4	5.253
45-54 ans	17,7	1,0	1.534	57,2	5,6	1.555	37,6	3,3	3.089
55-64 ans	24,4	3,5	785	72,8	7,4	878	50,0	5,6	1.663
65et+ ans	37,4	2,9	598	82,7	9,5	591	59,9	6,2	1.189
Ensemble du pays	18,8	1,4	13.757	44,1	4,1	14.823	31,9	2,8	28.580

Le taux d'analphabétisme en RDC n'a pas varié entre 1995 et 2001. Il est passé de 33% en 1995 à 32% en 2001 pour l'ensemble du pays ; de 18% à 19% chez les hommes et de 46% à 44% chez les femmes. Ce taux n'a pas changé non plus lorsqu'on considère chaque milieu de résidence.



4.3.2. Alphabétisation des jeunes adultes de 15-24 ans

Le tableau 4.14 fournit les taux d'analphabétisme des jeunes de 15 à 24 ans. Cette tranche d'âge inclut normalement tous les élèves et étudiants du niveau primaire, secondaire et universitaire. On constate que ce taux reste élevé: pour 100 personnes âgées de 15-24 ans, 29 ne savent ni lire ni écrire. Le taux des femmes (36%) est supérieur à celui des hommes (22%). Ce taux traduit plusieurs faits. D'abord il confirme qu'une bonne proportion d'enfants n'a jamais fréquenté l'école et n'a jamais bénéficié d'un programme quelconque d'alphabetisation. Il indique aussi que le niveau de rétention dans l'enseignement primaire, secondaire et universitaire est bas. Il explique en outre que le système d'enseignement n'arrive pas à inculquer correctement aux futurs adultes les connaissances de base de la lecture et de l'écriture. La possibilité de retomber dans l'analphabétisme de retour, appelée l'illettrisme, est grande.

4.3.3 Niveaux d'instruction de la population de 15 ans et plus

Ce paragraphe examine le niveau d'instruction atteint à l'école par les personnes de 15 ans et plus. Il est obtenu à partir des déclarations des enquêtés sur la dernière classe qu'ils ont suivie et réussie. Les résultats obtenus indiquent qu'au total, près d'un quart de la population de 15 ans et plus (24%) est sans instruction ; 39% se sont arrêtés au niveau primaire tandis que 36% sont détenteurs d'un diplôme d'état du niveau secondaire ou d'un diplôme universitaire.

En milieu rural près d'un tiers (31%) des adultes est sans instruction. Les femmes non instruites représentent 44% des femmes adultes.

Tableau 4.15 : Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus selon le niveau d'instruction atteint, le milieu de résidence et le sexe

Niveau d'instruction	Milieu urbain			Milieu rural			Ensemble		
	H	F	Deux sexes	H	F	Deux sexes	H	F	Deux sexes
Sans instruction	3,8	13,6	8,8	16,1	44,0	30,7	12,1	34,3	23,6
Primaire	23,5	31,7	27,7	46,8	42,4	44,5	39,2	39,0	39,1
Secondaire ou plus	69,5	52,1	60,6	36,2	12,8	24,0	47,0	25,4	35,8
Programme non formel	1,9	2,3	2,1	0,8	0,7	0,7	1,1	1,2	1,2
Ensemble du pays	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100	100,0	100,0	100
Effectifs d'enfants	4.474	4.721	9.195	9.283	10.102	19.385	13.757	14.823	28.580

En milieu urbain, les personnes ayant atteint le niveau secondaire sont les plus nombreuses et celles qui n'ont aucune instruction représentent moins de 10%. On observe une disparité entre les sexes, les femmes étant plus nombreuses dans les deux premières catégories (sans instruction et niveau primaire). Dans l'ensemble, on constate que la proportion varie en décroissant de la première à la dernière catégorie.

4.3.4. Population n'ayant jamais fréquenté l'école

Le tableau 4.16 montre que 22% de la population de 15 ans et plus n'ont jamais fréquenté l'école. C'est surtout en milieu rural que le taux est le plus élevé par rapport au milieu urbain : 29% contre 8%. L'écart est important entre les deux milieux. Il l'est aussi entre les femmes et les hommes, car les femmes n'ayant jamais étudié sont trois fois plus nombreuses que les hommes : 33% contre 11%.

Tableau 4.16 : Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus n'ayant jamais fréquenté l'école

Milieu de résidence	Sexe masculin		Sexe féminin		Les deux sexes	
	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
Urbain	2,5	4.474	12,5	4.721	7,6	9.195
Rural	14,4	9.283	42,0	10.102	28,8	19.385
Ensemble du pays	10,5	13.757	32,6	14.823	22,0	28.580

CONCLUSION

Ce chapitre a examiné la situation de l'éducation des enfants, des jeunes et des adultes. Il ressort de l'analyse des données que:

- L'éducation préscolaire est très peu organisée et n'est suivie que par 3% d'enfants de 36 à 59 mois. Les programmes d'éducation préscolaire restent l'apanage des villes et des ménages les plus riches;
- Le taux net d'admission en 1^{ère} année primaire est très faible : 17% seulement d'enfants commencent l'école primaire à l'âge légal de 6 ans, à cause, entre autres, des entrées tardives, des difficultés économiques des parents et de la distance séparant les domiciles des écoles. La tendance par rapport à 1995 est à la baisse;
- Sur 100 enfants nouvellement inscrits en 1^{ère} année primaire, 20 seulement ont l'âge légal requis de 6 ans. Les enfants âgés de 9 ans et plus représentent 32% dans l'ensemble, et 41% en milieu rural;
- Un peu plus de la moitié (52%) des enfants de 6-11 ans fréquentent l'école. Les garçons sont plus scolarisés que les filles ; les enfants du milieu urbain le sont plus que ceux du milieu rural ; ceux des parents les plus riches le sont plus que ceux des parents les plus pauvres; en outre, 31% d'enfants de 6-14 ans n'ont jamais fréquenté l'école; il s'agit surtout des filles, des enfants en milieu rural et des enfants des parents pauvres;
- Près de la moitié (45%) des enfants de 6 à 14 ans ne fréquentaient pas l'école au moment de l'enquête. Les filles et les enfants du milieu rural sont plus frappés par cette situation. Le non-paiement des frais scolaires en est la cause principale; soit que les parents n'ont pas de moyens pour payer le minerval des enfants, soit encore que ces derniers sont expulsés de l'école pour un ou quelques jours de retard de paiement;
- Les déperditions scolaires sont très importantes en RDC. Sur 100 enfants qui entrent en 1^{ère} année primaire, 25 seulement atteignent la 5^{ème} année primaire. La démotivation des enseignants et leur "vieillesse" physique et intellectuelle, le manque de matériels didactiques et des auxiliaires pédagogiques ainsi que l'environnement social et économique expliquent ce fait;
- Par ailleurs, le système scolaire congolais opère un véritable tri des enfants les plus brillants. Un tamisage, pour ainsi dire, est effectué dans les classes inférieures, pour ne garder, au bout du cycle, que les élèves les plus performants;

- Près d'un quart (24%) de la population de 15 ans et plus est sans instruction, et 39% n'ont qu'une formation de niveau primaire. La population qui a un niveau secondaire ou plus représente 36% dont 25% de femmes et 47% d'hommes;
- Le taux d'analphabétisme est assez élevé: 32 personnes âgées de 15 ans et plus sur 100 ne savent ni lire ni écrire. L'écart est grand entre les hommes (19%) et les femmes (44%).

Au total, aucun objectif du Sommet Mondial pour les Enfants relatif à l'éducation n'a été atteint en RDC. La situation observée en 1995, qui était déjà préoccupante, s'est même détériorée davantage. Les enfants congolais se trouvent donc dans une situation peu favorable à leur épanouissement et à leur accès à l'éducation de base. La fréquentation scolaire constitue à l'heure actuelle un grand problème pour les parents d'élèves et pour toute la communauté nationale. L'analphabétisme chez les jeunes et les adultes demeure inquiétant, en particulier pour les femmes.

INTRODUCTION

Ce chapitre traite de la santé des mères et des enfants en deux sections : la première examine la santé de la mère et du nouveau-né à travers la couverture des soins prénatals et des accouchements assistés (section 5.1) ; la seconde analyse les soins des maladies chez les enfants de moins de cinq ans en passant en revue les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, le paludisme, la connaissance des symptômes nécessitant des soins appropriés et le traitement des maladies (section 5.2).

Les objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants y relatifs sont les suivants :

- objectif 11 : accès de toutes les femmes enceintes aux soins prénatals, aux soins du personnel de santé qualifié pendant l'accouchement, et aux établissements auxquels sont envoyés les cas de grossesses difficiles et d'urgences obstétriques ;
- objectif 23 : réduction de 50% des décès dus à la diarrhée chez les enfants âgés de moins de cinq ans et réduction de 25% de l'incidence de la diarrhée ;
- objectif 24 : réduction du tiers des décès dus aux infections respiratoires aiguës (IRA) chez les enfants de moins de cinq ans.

L'évaluation en 1995 des progrès accomplis à mi-chemin de la décennie par rapport à ces objectifs avait indiqué entre autres les résultats suivants :

- la prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans était de 23% dans l'ensemble et des différences importantes étaient observées entre les milieux de résidence : 19% en milieu urbain contre 24% en milieu rural ;
- au total, 56% d'enfants (61% en milieu urbain contre 55% en milieu rural) avaient souffert de la toux ou du rhume.

MICS2 permet de déterminer les tendances par rapport à la situation de 1995. Elle examine en plus d'autres indicateurs relatifs à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) et du paludisme.

5.1. SANTE DE LA MERE ET DU NOUVEAU-NE

5.1.1. Couverture des soins prénatals

Les consultations prénatales de qualité sont indispensables pour assurer la vaccination des mères contre le tétanos et pour détecter précocement et prendre en charge les complications potentielles et les facteurs de risques pendant la grossesse et l'accouchement, notamment la pré-éclampsie, l'anémie, les maladies sexuellement transmissibles et la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, etc. Elles permettent ainsi de prévenir les décès maternels.

La couverture des soins prénatals a été mesurée par le rapport entre le nombre de femmes âgées de 15-49 ans ayant consulté, au moins une fois durant la grossesse, un personnel de santé qualifié (médecin, infirmier(ère) ou accoucheuse) et le nombre total de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois.

L'enquête MICS2 a interviewé 12.407 femmes âgées de 15-49 ans dont 2.666 ont eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois. Le tableau 5.1 donne la couverture des soins prénatals selon différentes caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 5.1 : Répartition (en %) des femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois selon le type de personnel dispensant des soins prénatals et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Personnel consulté pour les soins prénatals						Total	Person-nel qualifié	Effectifs des femmes avec naissances vivantes
	Aucun	Médecin	Infirmier (ère)	Accoucheuse	Accoucheuse traditionnelle	Autre			
Milieu de résidence									
Urbain	16,6	19,5	39,4	21,6	1,4	1,5	100,0	80,5	800
Rural	32,0	2,6	38,0	22,4	4,0	1,0	100,0	63,0	1.867
Province									
Kinshasa	13,9	36,2	32,2	16,6	0,3	0,8	100,0	85,0	239
Bas-Congo	12,7	8,9	64,9	11,2	2,3	0,0	100,0	85,1	173
Bandundu	19,0	3,6	25,9	48,5	2,7	0,3	100,0	78,0	314
Equateur	36,0	1,5	40,3	18,6	2,5	1,1	100,0	60,3	245
Orientale	31,2	5,6	19,8	36,4	5,5	1,6	100,0	61,7	317
Nord-Kivu	27,8	5,5	43,0	19,8	2,9	1,2	100,0	68,2	177
Sud-Kivu	28,7	5,1	41,2	17,3	5,3	2,4	100,0	63,6	206
Maniema	21,5	3,6	60,7	8,4	3,6	2,4	100,0	72,6	77
Katanga	40,1	3,8	38,2	14,7	0,7	2,4	100,0	56,7	369
Kasaï Oriental	22,4	9,5	46,5	17,0	4,1	0,5	100,0	73,0	257
Kasaï Occidental	33,7	2,9	42,7	14,8	5,9	0,0	100,0	60,4	291
Niveau de pauvreté									
Plus pauvres	37,0	2,9	35,7	20,1	3,1	1,2	100,0	58,7	564
Pauvres	34,8	2,8	35,8	19,7	5,8	1,2	100,0	58,3	554
Moyens	27,2	3,3	39,5	25,6	3,6	0,8	100,0	68,4	565
Riches	23,6	4,7	40,7	26,8	3,0	1,2	100,0	72,2	540
Plus riches	11,0	28,9	41,1	17,8	0,0	1,2	100,0	87,8	443
Niveau d'instruction de la mère									
Sans instruction	39,1	3,0	32,0	19,7	5,0	1,3	100,0	54,7	742
Primaire	28,0	3,5	41,4	22,8	3,1	1,1	100,0	67,7	1.175
Secondaire ou plus	15,0	18,8	40,5	23,3	1,5	1,0	100,0	82,5	730
Sexe du chef de ménage									
Masculin	27,0	7,7	38,7	22,5	3,1	1,1	100,0	68,9	2.435
Féminin	32,3	7,5	35,5	18,5	4,9	1,3	100,0	61,5	232
Age du chef de ménage									
< 25 ans	22,6	3,8	42,8	20,9	5,7	4,1	100,0	67,5	143
25 à 49 ans	27,2	7,8	39,0	22,4	2,8	0,8	100,0	69,1	2.098
50 ans et plus	30,0	8,5	34,2	21,4	4,5	1,4	100,0	64,1	425
Ensemble du pays	27,4	7,7	38,4	22,2	3,2	1,1	100,0	68,2	2.666

Les données montrent qu'un peu plus de deux tiers des femmes enceintes (68%) reçoivent leurs soins prénatals d'un personnel qualifié. Il faut cependant noter que 27% de femmes enceintes n'utilisent pas les services de consultation prénatale et que 4% consultent un personnel non qualifié (accoucheuses traditionnelles formées ou non).

Le niveau de consultation en RDC est appréciable si on le compare à celui observé en 2000 dans d'autres pays africains tels que le Tchad (42%), le Mali (47%), le Niger (40%) et le Nigeria (36%) (Sadio, 2001).

Le fait que près d'un tiers des femmes enceintes ne bénéficient pas des soins prénatals constitue un problème important de santé. S'agit-il d'un problème de coût, d'accessibilité, d'organisation des services de santé ou de culture ? Une étude plus approfondie sur la question devrait être menée pour répondre à ces interrogations.

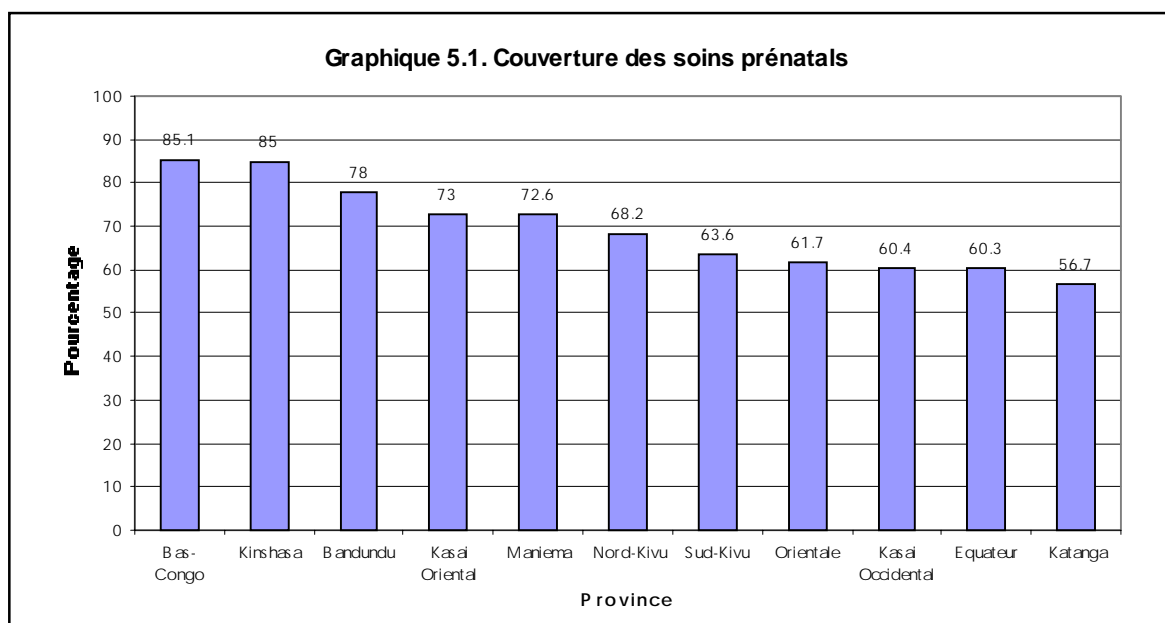
L'accès aux soins prénatals est élevé et pourtant la mortalité maternelle est aussi élevée (1289 pour cent mille naissances). Ce résultat suggère une faible relation entre l'accès aux soins prénatals et la mortalité maternelle en RDC. La qualité des soins joue certainement un rôle important dans cette relation.

La couverture des soins prénatals est plus élevée en milieu urbain (81%) qu'en milieu rural (63%). La proportion des femmes enceintes en milieu rural qui ne consultent pas un personnel de santé durant leur grossesse (32%) est presque le double de celle du milieu urbain (17%).

Encadré 5.1.
Près de 70% de femmes enceintes bénéficient des soins prénatals, et pourtant le niveau de la mortalité maternelle reste très élevé.

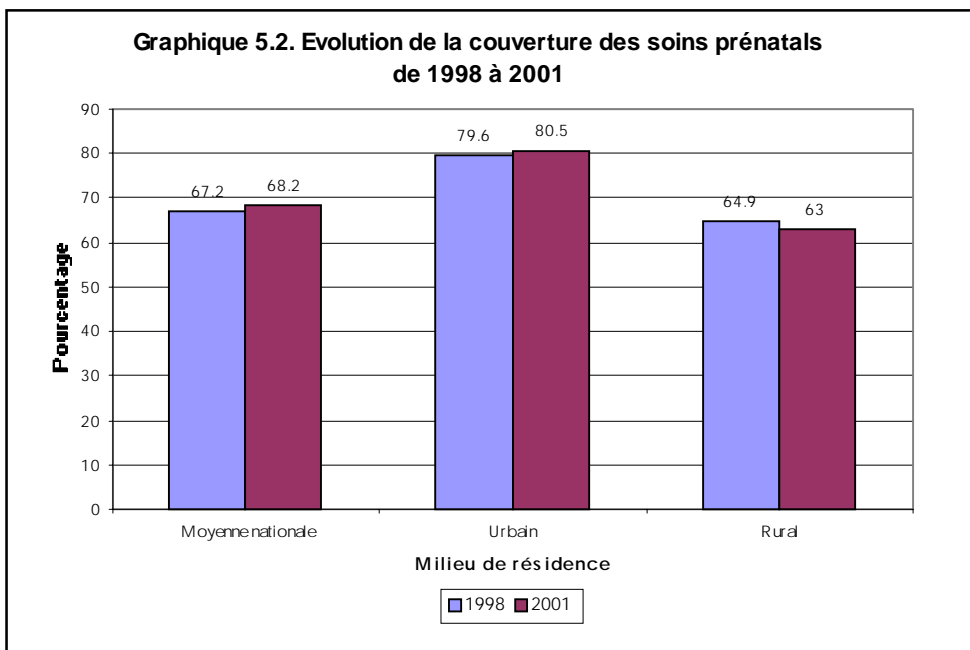
Le problème d'accessibilité géographique et financière, ainsi que le manque de personnel de qualité seraient les principales causes de ce faible niveau de consultations prénatales dans les zones rurales.

La répartition par province montre que Kinshasa et la province du Bas-Congo ont les taux les plus élevés de femmes enceintes qui consultent un personnel qualifié (graphique 5.1). Les proportions sont de 85% dans ces deux provinces. Le taux le plus bas est observé au Katanga (57%).



Le niveau de pauvreté du ménage et le niveau d'instruction de la mère influencent le degré d'utilisation des services de consultation prénatale. Plus la femme a un niveau socio-économique élevé, plus elle consulte un personnel qualifié : le taux varie de 59% chez les plus pauvres à 88% chez les plus riches. De même, plus la femme est instruite, plus elle consulte un personnel qualifié : le taux varie de 55% chez les femmes sans instruction à 83% chez celles ayant atteint le niveau secondaire ou plus.

Les résultats de l'enquête « Etat des Lieux du Secteur de la Santé » (ELS, 1999) avaient indiqué un taux moyen national de 67% (80% en milieu urbain et 65% en milieu rural), tandis que MICS2 estime à 68% les femmes qui ont accès aux soins prénatals. Par rapport à 1998, la couverture des soins prénatals semble être en stagnation (graphique 5.2).



5.1.2. Couverture des accouchements assistés

L'assistance pendant l'accouchement par un personnel qualifié permet d'améliorer la santé des enfants qui naissent ainsi que celle de leurs mères. Elle permet aussi la prise en charge des complications obstétricales qui surviennent au moment des accouchements.

Le tableau 5.2 donne la proportion des femmes âgées de 15-49 ans assistées pendant l'accouchement par un personnel qualifié : médecin, infirmier(ère) ou accoucheuse.

Dans l'ensemble du pays, 61% de femmes sont assistées par un personnel qualifié au moment de l'accouchement, dont 3% par un médecin, 20% par un(e) infirmier(e) et 37% par une accoucheuse. Ces deux dernières catégories sont les plus importantes, alors que ce personnel est moins qualifié que les médecins.

La couverture des accouchements assistés est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. En effet, 83% des femmes du milieu urbain ont été assistées par un personnel qualifié durant leur accouchement contre 51% de femmes du milieu rural. Il faut signaler que 42% des femmes en milieu rural sont assistées par un personnel non qualifié (accoucheuses traditionnelles formées ou non, parents/amis et autres).

Tableau 5.2 : Répartition (en %) des femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois par type de personnel ayant assisté la femme à l'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Personnel consulté pour les soins prénatals							Total	Personnel qualifié	Effectifs des femmes avec naissances vivantes
	Médecin	Infirmier (ère)	Accoucheuse	Accoucheuse traditionnelle	Parent/ Amie	Autre	Aucun			
Milieu de résidence										
Urbain	7,5	24,5	51,2	6,4	5,0	0,7	4,6	100,0	83,2	800
Rural	1,7	18,5	30,9	27,4	11,8	2,3	7,3	100,0	51,1	1.867
Province										
Kinshasa	19,3	29,5	40,5	1,1	2,4	0,8	6,4	100,0	89,3	239
Bas-Congo	3,8	51,3	29,9	5,3	8,3	0,8	0,8	100,0	84,9	173
Bandundu	1,4	10,3	58,7	12,3	9,3	0,3	7,8	100,0	70,4	314
Equateur	1,4	15,3	20,3	38,1	16,5	4,4	4,0	100,0	37,0	245
Orientale	0,8	18,7	39,6	19,8	13,7	1,2	6,3	100,0	59,0	317
Nord-Kivu	4,3	18,5	33,2	20,2	8,7	5,8	9,3	100,0	56,0	177
Sud-Kivu	1,6	16,8	37,7	23,4	11,7	1,1	7,7	100,0	56,1	206
Maniema	1,2	34,6	28,5	21,4	7,1	3,6	3,6	100,0	64,3	77
Katanga	2,4	16,1	28,6	21,2	17,2	3,9	10,6	100,0	47,2	369
Kasaï Oriental	1,9	21,0	44,5	22,2	3,6	0,3	6,5	100,0	67,4	257
Kasaï Occidental	0,7	16,1	34,2	41,7	3,3	0,0	4,0	100,0	51,0	291
Niveau de pauvreté										
Plus pauvres	1,8	16,8	26,5	31,1	13,5	3,3	6,9	100,0	45,2	564
Pauvres	0,9	14,4	28,1	30,3	16,3	3,2	6,7	100,0	43,4	554
Moyens	1,2	19,9	38,6	24,0	8,1	0,6	7,7	100,0	59,7	565
Riches	3,0	22,6	45,5	13,8	7,1	1,3	6,7	100,0	71,1	540
Plus riches	11,9	30,1	48,9	2,3	2,5	0,4	3,9	100,0	90,9	443
Niveau d'instruction de la mère										
Sans instruction	1,2	13,4	26,7	28,2	18,2	2,7	9,6	100,0	41,4	742
Primaire	1,8	20,9	36,8	23,7	9,0	1,9	5,9	100,0	59,6	1.175
Secondaire ou plus	8,1	26,0	47,4	10,1	2,7	1,0	4,5	100,0	81,6	730
Sexe du chef de ménage										
Masculin	3,2	20,4	37,1	21,2	9,7	1,8	6,6	100,0	60,7	2.435
Féminin	6,1	19,3	36,2	20,1	10,7	1,8	5,8	100,0	61,6	232
Age du chef de ménage										
< 25 ans	1,7	13,6	38,5	27,4	13,1	3,3	2,5	100,0	53,8	143
25 a 49 ans	3,4	20,7	36,3	21,5	9,8	1,8	6,6	100,0	60,3	2.098
50 ans et plus	4,2	20,8	40,1	17,1	8,7	1,8	7,3	100,0	65,1	425
Ensemble du pays	3,4	20,3	37,0	21,1	9,8	1,8	6,5	100,0	60,7	2.666

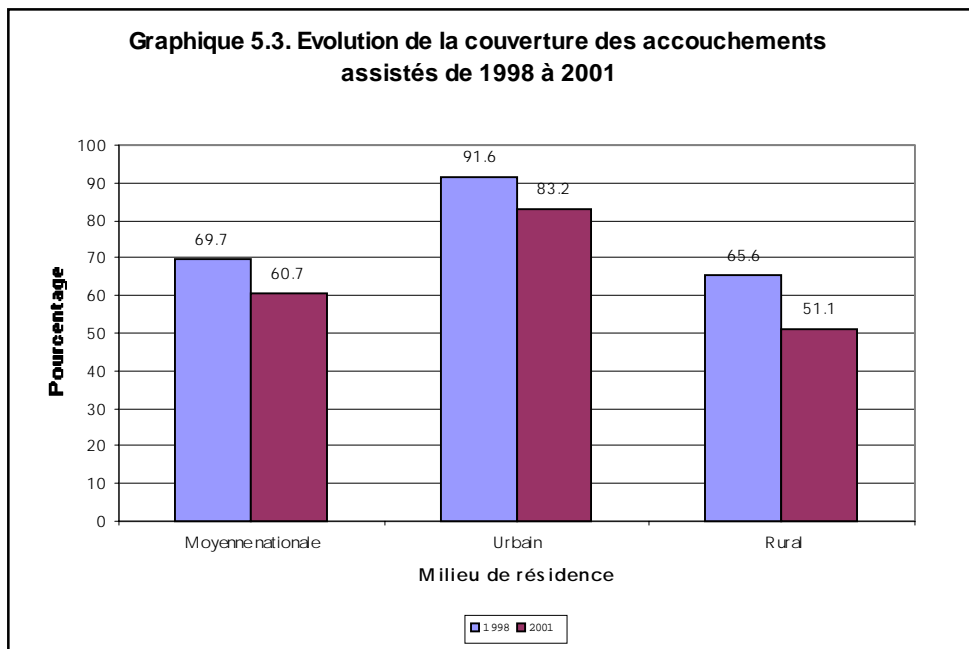
Kinshasa et la province du Bas-Congo ont les taux d'assistance par un personnel qualifié les plus élevés, respectivement de 89% et 85%. Comme pour les consultations prénatales, les provinces de l'Equateur, du Katanga et du Kasai-Occidental ont les taux les plus bas, respectivement de 37%, 47% et 51%. Dans la province du Katanga, 11% des femmes ne sont assistées pendant l'accouchement par aucun personnel de santé.

Le niveau de pauvreté et le niveau d'instruction de la mère influent fortement sur le fait de se faire assister à l'accouchement par un personnel qualifié. Les taux varient de 45% pour les plus pauvres à 91% pour les plus riches. L'accouchement en présence d'un personnel qualifié varie de 41% pour les femmes sans instruction à 82% pour celles du niveau secondaire ou plus.

Encadré 5.2

61% des femmes sont assistées par un personnel qualifié au moment de l'accouchement : 3% par un médecin, 20% par un infirmier ou une infirmière et 37% par une accoucheuse.

Le graphique 5.3 illustre le rapport entre les résultats de l'enquête ELS et ceux de MICS2 sur la couverture des accouchements assistés en RDC. La couverture des accouchements assistés est en baisse légère par rapport à 1998, surtout en milieu rural.



5.2. SOINS DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Cette section étudie successivement les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, le paludisme, la connaissance des symptômes nécessitant des soins appropriés et le traitement des maladies chez les enfants de moins de 5 ans.

5.2.1. Maladies diarrhéiques

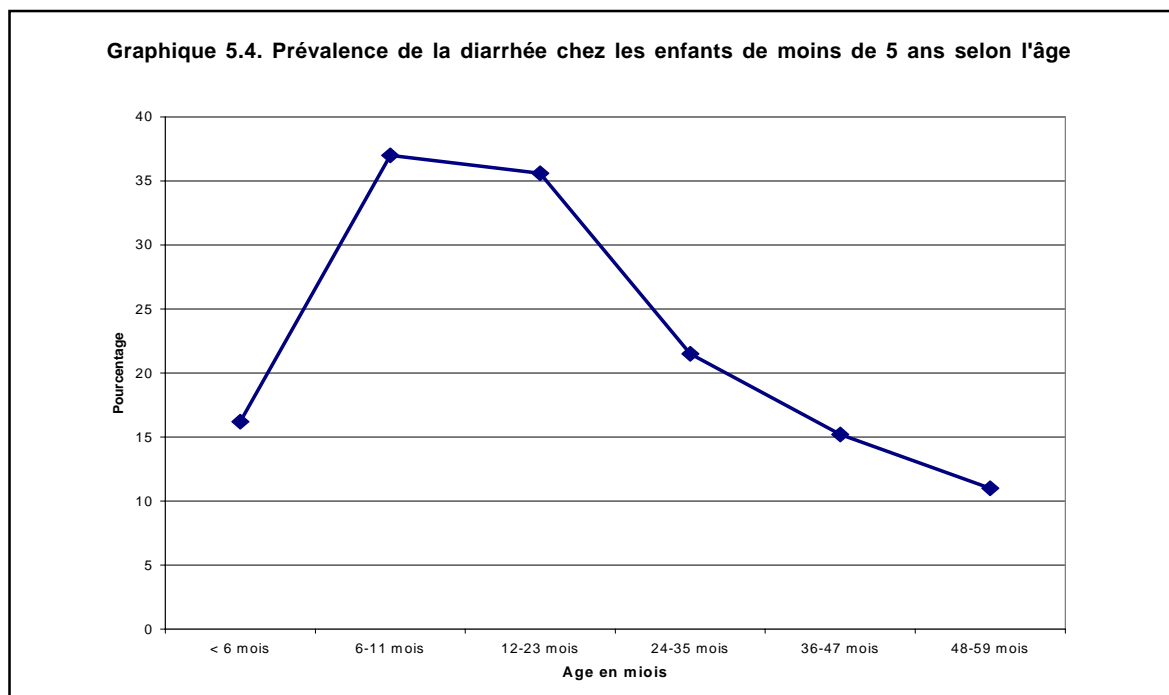
5.2.1.1. Prévalence des diarrhées

Sur un total de 9.454 enfants de moins de cinq ans enregistrés par l'enquête MICS2, 2.122 ont été identifiés comme ayant fait la diarrhée au cours des 15 jours qui ont précédé l'enquête, soit une prévalence de 22% (tableau 5.3).

Tableau 5.3 : Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée durant les 15 derniers jours et ont reçu une SRO ou TRO selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	A eu la diarrhée dans les deux dernières semaines	Nombre enfants < 5 ans	Lait maternel	Bouillie	Autres liquides acceptés localement	Paquet de SRO	Autres laits	Eau et aliments	Au moins 1 thérapie recommandée	Pas de traitement
Milieu de résidence										
Urbain	20,7	3.062	49,5	28,4	15,5	23,8	10,5	67,4	92,1	7,9
Rural	23,3	6.392	58,0	32,0	16,5	13,9	3,8	68,7	93,8	6,2
Province										
Kinshasa	20,9	921	41,2	31,2	11,4	28,2	17,2	70,8	89,9	10,1
Bas-Congo	19,3	656	48,4	47,4	23,8	17,8	3,4	79,2	88,4	11,6
Bandundu	14,6	1.257	63,6	23,5	15,6	12,9	5,1	72,5	94,7	5,3
Equateur	27,3	227	38,7	17,3	26,6	20,2	3,4	73,5	92,4	7,6
Orientale	21,6	1.255	53,6	33,0	17,0	18,7	4,5	65,2	91,1	8,9
Nord-Kivu	18,8	719	51,9	41,9	13,6	19,4	5,2	66,0	94,0	6,0
Sud-Kivu	24,1	700	65,6	24,6	12,5	11,6	4,8	57,9	94,7	5,3
Maniema	22,9	266	71,6	26,9	6,0	10,4	3,0	73,1	95,5	4,5
Katanga	24,3	1.464	50,5	32,3	20,5	16,5	4,6	66,0	94,3	5,7
Kasaï Oriental	27,2	965	55,9	30,1	15,3	12,7	5,7	68,6	95,3	4,7
Kasaï Occidental	29,7	1.022	65,8	27,7	14,7	16,4	4,2	69,8	94,3	5,7
Niveau de pauvreté										
Plus pauvres	21,2	1.760	62,6	31,5	13,7	16,5	3,1	67,6	94,0	6,0
Pauvres	25,5	1.924	57,0	34,1	16,2	8,8	2,8	69,6	95,5	4,5
Moyens	24,6	2.036	56,7	27,9	18,8	17,4	5,4	69,3	95,0	5,0
Riches	22,9	1.926	52,6	28,8	16,6	17,5	6,0	68,8	91,6	8,4
Plus riches	17,6	1.808	46,7	32,8	14,6	28,0	13,8	65,0	88,8	11,2
Niveau d'instruction de la mère										
Sans instruction	23,7	2.655	56,7	30,3	14,7	11,4	2,9	72,1	94,6	5,4
Primaire	22,9	3.972	59,1	32,5	15,4	16,9	5,0	66,7	93,3	6,7
Secondaire ou plus	20,5	2.731	48,3	29,2	19,3	22,5	10,5	67,1	91,6	8,4
Sexe de l'enfant										
Masculin	23,9	4.752	54,7	31,4	18,1	17,0	5,0	66,9	93,0	7,0
Féminin	21,0	4.702	56,3	30,4	14,0	16,7	6,6	70,0	93,7	6,3
Age de l'enfant										
Moins de 6 mois	16,2	1.005	88,9	34,5	14,2	19,8	5,2	42,4	96,5	3,5
6 – 11 mois	37,0	1.029	91,5	33,3	13,0	21,9	6,5	65,7	97,8	2,2
12 – 23 mois	35,6	2.062	75,9	31,3	16,2	17,1	6,6	69,5	96,2	3,8
24 – 35 mois	21,5	1.816	24,2	31,5	16,0	16,2	6,0	71,9	89,1	10,9
36 – 47 mois	15,2	1.669	9,5	26,5	21,4	11,3	3,4	76,3	87,4	12,6
48 – 59 mois	11,0	1.813	4,0	26,4	17,5	12,2	4,2	73,1	87,4	12,6
Ensemble du pays	22,4	9.454	55,5	30,9	16,2	16,8	5,8	68,3	93,3	6,7

La prévalence de la diarrhée varie surtout selon l'âge de l'enfant. En effet, comme le montre le graphique 5.4, la prévalence de la diarrhée est faible avant l'âge de 6 mois (16%), elle augmente fortement à partir du 6^{ème} mois (37%) et reste élevée jusqu'au 23^{ème} avant de baisser pour atteindre les valeurs les plus basses entre le 48^{ème} et le 59^{ème} mois d'âge (11%).



L'allure de la courbe peut s'expliquer par le fait qu'avant 6 mois, l'enfant est exclusivement ou presque exclusivement nourri au sein et est par conséquent protégé par les anticorps maternels. A partir du 6^{ème} mois, c'est le début de l'introduction de la nourriture complémentaire; l'enfant commence à s'asseoir, entre en contact avec le sol et porte tout à sa bouche alors que son organisme commence à peine à fabriquer sa propre défense. A l'âge de 24 mois, la fréquence de la diarrhée diminue car l'enfant marche déjà, sa défense est plus ou moins constituée et il fait attention à ce qu'il consomme.

On note également que les enfants nourris exclusivement au sein ont une prévalence de la diarrhée plus faible (11%) que ceux qui ne le sont pas (22%), les anticorps maternels jouant leur rôle protecteur.

La prévalence de la diarrhée n'a presque pas baissé entre 1995 et 2001. Elle est passée de 23% en 1995 (MICS1), à 20% en 1998 (ELS) pour se situer à 22% actuellement (MICS2).

L'enquête MICS2 s'est intéressée aux autres maladies qui accompagnent le plus souvent les épisodes de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans en RDC.

Encadré 5.3

Plus d'un enfant sur 5 a fait la diarrhée durant les 15 derniers jours. Cette maladie est très présente parmi les enfants de 6 à 23 mois (36%).

Parmi ces maladies, la vermineuse a été déclarée par 17% des mères, suivie de la fièvre typhoïde (5%), des maladies de la peau (4%), de l'amibiase (3%), de la rougeole (2%) et de la tuberculose (1%).

5.2.1.2. Utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO) et traitement à domicile de la diarrhée

Avant 1993, l'OMS définissait la TRO comme « un traitement de la diarrhée au moyen des sels de réhydratation orale ou d'une boisson appropriée préparée à domicile, y compris le lait maternel ». Depuis 1993, l'OMS parle désormais du traitement de la diarrhée à domicile comme tout traitement qui, en plus des aliments repris dans la définition de la TRO d'avant 1993, tient compte du fait que l'enfant souffrant de la diarrhée a bu plus que d'habitude et a continué à s'alimenter comme d'habitude ou plus que d'habitude. L'aliment ne doit pas nécessairement être solide. C'est cette définition qui correspond à la prise en charge correcte de la diarrhée.

a. Thérapie de réhydratation par voie orale (TRO)

L'utilisation de la TRO permettant de réduire les décès dus à la diarrhée. Elle est encouragée en RDC par le Ministère de la santé dans son programme de lutte contre les maladies diarrhéiques. La TRO est recommandée pour la prévention ou le traitement de la déshydratation qui est une complication majeure de la diarrhée et la cause principale de mortalité parmi les enfants souffrant de diarrhée aiguë.

MICS2 a cherché à connaître le pourcentage des enfants ayant fait la diarrhée et qui ont reçu durant cet épisode de diarrhée au moins une des thérapies de réhydratation par voie orale recommandées, à savoir : le lait maternel, la bouillie, la soupe, les céréales, les liquides maison, le sel de réhydratation orale (SRO), les autres laits, de l'eau et des aliments. Le tableau 5.3 donne la proportion d'enfants ayant fait la diarrhée et traités à la TRO, selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant fait la diarrhée au cours des 15 jours précédant l'enquête, 93% ont reçu au moins une des thérapies de réhydratation orale recommandées. Le tableau 5.3 indique également que 56% d'enfants continuent à être allaités pendant qu'ils font la diarrhée, tandis que 17% reçoivent le sel de réhydratation orale (SRO).

Les femmes du milieu rural allaitent plus leurs enfants (58%) que celles du milieu urbain (50%) lors d'un épisode de diarrhée de ces derniers. Plus la femme est pauvre, plus elle allaite son enfant : les proportions vont de 63% pour les plus pauvres à 47% pour les plus riches. Parallèlement, plus une femme est instruite, moins elle allaite son enfant lors d'un épisode de diarrhée : les proportions varient de 48% pour le niveau secondaire ou plus à 57% pour les sans instruction.

Les enfants de moins de 12 mois sont plus nourris au sein durant leur épisode de diarrhée que les autres enfants. La province de l'Equateur et Kinshasa ont les fréquences les plus basses d'allaitement maternel comparativement aux autres provinces, notamment celle de Maniema qui a la fréquence la plus élevée.

Les enfants en milieu urbain reçoivent plus les SRO (24%) durant leur épisode de diarrhée que ceux en milieu rural (14%). Les enfants issus des ménages les plus riches ont plus été traités aux SRO (28%) que ceux des ménages pauvres (9%). Kinshasa et la province de l'Equateur ont les taux d'utilisation de SRO les plus élevés, tandis que la province de Maniema a le taux le plus bas.

En 1995, MICS1 avait estimé le taux d'utilisation de la TRO (définition d'avant 1993) à 90%. Six ans plus tard, ce taux est de 93,3% soit une très légère hausse.

b. Traitement de la diarrhée à domicile

Le tableau 5.4 reprend la répartition des enfants qui, durant leur épisode de diarrhée, ont reçu plus de liquides et ont continué à manger d'après certaines caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 5.4 : Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans ayant fait la diarrhée au cours des 15 jours précédant l'enquête qui ont reçu plus de liquides et ont continué à manger durant l'épisode de diarrhée selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	A eu la diarrhée dans les deux dernières semaines	Effectif des enfants < 5 ans	A continué à boire pendant la diarrhée			Total	A continué à manger pendant la diarrhée			Total	A l'acte
			Plus que d'habitude	Même quantité ou moins	Ne sait pas		A peu près la même quantité ou un peu moins	Beaucoup moins ou pas du tout	Ne sait pas		
Milieu de résidence											
Urbain	20,7	3.062	18,2	39,1	42,7	100,0	35,7	29,1	35,1	100,0	
Rural	23,3	6.392	20,2	36,3	43,5	100,0	35,5	27,1	37,3	100,0	
Province											
Kinshasa	20,9	921	8,8	39,9	51,3	100,0	31,5	26,9	41,6	100,0	
Bas-Congo	19,3	656	16,5	39,5	44,1	100,0	49,9	14,7	35,3	100,0	
Bandundu	14,6	1.257	13,8	42,4	43,8	100,0	36,6	22,5	40,9	100,0	
Equateur	27,3	227	23,9	29,2	46,9	100,0	33,0	25,7	41,3	100,0	
Orientale	21,6	1.255	24,8	35,3	39,8	100,0	38,4	27,1	34,5	100,0	
Nord-Kivu	18,8	719	19,1	44,0	36,9	100,0	31,9	34,2	33,9	100,0	
Sud-Kivu	24,1	700	26,4	36,9	36,7	100,0	40,0	30,6	29,5	100,0	
Maniema	22,9	266	28,4	32,8	38,8	100,0	34,3	28,4	37,3	100,0	
Katanga	24,3	1.464	25,1	32,2	42,7	100,0	33,0	32,6	34,4	100,0	
Kasaï Oriental	27,2	965	22,3	38,4	39,3	100,0	39,3	28,1	32,6	100,0	
Kasaï Occidental	29,7	1.022	11,7	37,0	51,3	100,0	28,9	27,2	43,9	100,0	
Niveau de pauvreté											
Plus pauvres	21,2	1.760	18,4	34,6	47,0	100,0	36,1	20,4	43,6	100,0	
Pauvres	25,5	1.924	22,3	39,9	37,8	100,0	36,2	31,5	32,3	100,0	
Moyens	24,6	2.036	21,8	36,0	42,2	100,0	38,7	27,1	34,2	100,0	
Riches	22,9	1.926	19,4	36,8	43,8	100,0	33,0	29,3	37,6	100,0	
Plus riches	17,6	1.808	13,6	38,2	48,2	100,0	32,7	29,4	37,8	100,0	
Niveau d'instruction de la mère											
Sans instruction	23,7	2.655	21,1	36,7	42,2	100,0	33,0	30,6	36,4	100,0	
Primaire	22,9	3.972	20,1	36,6	43,3	100,0	36,2	28,1	35,7	100,0	
Secondaire ou plus	20,5	2.731	16,7	38,8	44,5	100,0	37,3	24,3	38,4	100,0	
Sexe de l'enfant											
Masculin	23,9	4.752	19,8	38,0	42,1	100,0	35,7	29,0	35,3	100,0	
Féminin	21,0	4.702	19,3	36,1	44,5	100,0	35,5	26,3	38,2	100,0	
Age de l'enfant											
Moins de 6 mois	16,2	1.005	9,6	46,5	43,9	100,0	35,3	28,2	36,5	100,0	
6 – 11 mois	36,9	1.028	12,0	43,4	44,6	100,0	33,3	28,8	37,9	100,0	
12 – 23 mois	35,5	2.060	20,4	35,6	44,0	100,0	33,4	27,4	39,2	100,0	
24 – 35 mois	21,4	1.813	24,1	35,3	40,5	100,0	36,8	31,3	31,8	100,0	
36 – 47 mois	14,9	1.663	22,8	35,3	41,9	100,0	38,7	27,3	34,0	100,0	
48 – 59 mois	10,6	1.804	24,6	31,7	43,7	100,0	42,4	20,9	36,7	100,0	
Ensemble du pays	22,4	9.454	19,6	37,1	43,3	100,0	35,6	27,7	36,7	100,0	

Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant fait la diarrhée au cours des 15 jours précédant l'enquête, 11% ont pris plus de liquides et ont continué à manger durant l'épisode de diarrhée. Alors que 93% de mères utilisent la TRO, en réalité il n'y a qu'un enfant sur dix qui est traité correctement durant les épisodes de diarrhée.

Encadre 5.4

Alors que 93% de mères utilisent la TRO, seulement 1 enfant sur 10 est traité correctement durant l'épisode de diarrhée dans la mesure où il prend plus de liquide et continue à manger.

Le traitement à domicile de la diarrhée est un peu plus fréquent en milieu rural (11%) qu'en milieu urbain (9%). Ce taux varie de 4% à Kinshasa à 16% dans la province de l'Equateur.

Les ménages à niveau socio-économique élevé semblent avoir le taux le plus bas, soit 6%. Les riches amènent leurs enfants malades à l'hôpital tandis que les pauvres les nourrissent à la maison par manque de moyens financiers leur permettant d'aller consulter un personnel de santé qualifié. Le niveau d'instruction de la mère ne favorise pas non plus le traitement de la diarrhée à domicile. La proportion des femmes du niveau secondaire ou plus qui ont appliqué correctement le traitement à domicile n'est que de 10%.

5.2.2. Infections Respiratoires Aiguës (IRA)

5.2.2.1. Prévalence des IRA

La prévalence des IRA a été estimée par la proportion des enfants de moins de cinq ans qui souffrent d'une toux/d'un rhume accompagné par une respiration rapide ou difficile et dont les symptômes sont dus à un problème dans la poitrine, ou à un nez bouché ou les deux à la fois, ou encore dont la mère n'est pas en mesure de déterminer la cause du problème. Le tableau 5.5 donne la répartition des enfants de moins de cinq ans ayant souffert des IRA au cours des 15 jours précédant l'enquête.

Au total 1.008 enfants ont été identifiés comme ayant eu des IRA au cours des 15 jours précédant l'enquête, soit 11%. Le Bas-Congo connaît la prévalence la plus faible (3%) tandis que c'est au Sud-Kivu qu'elle est la plus élevée (24%).

Encadré 5.5

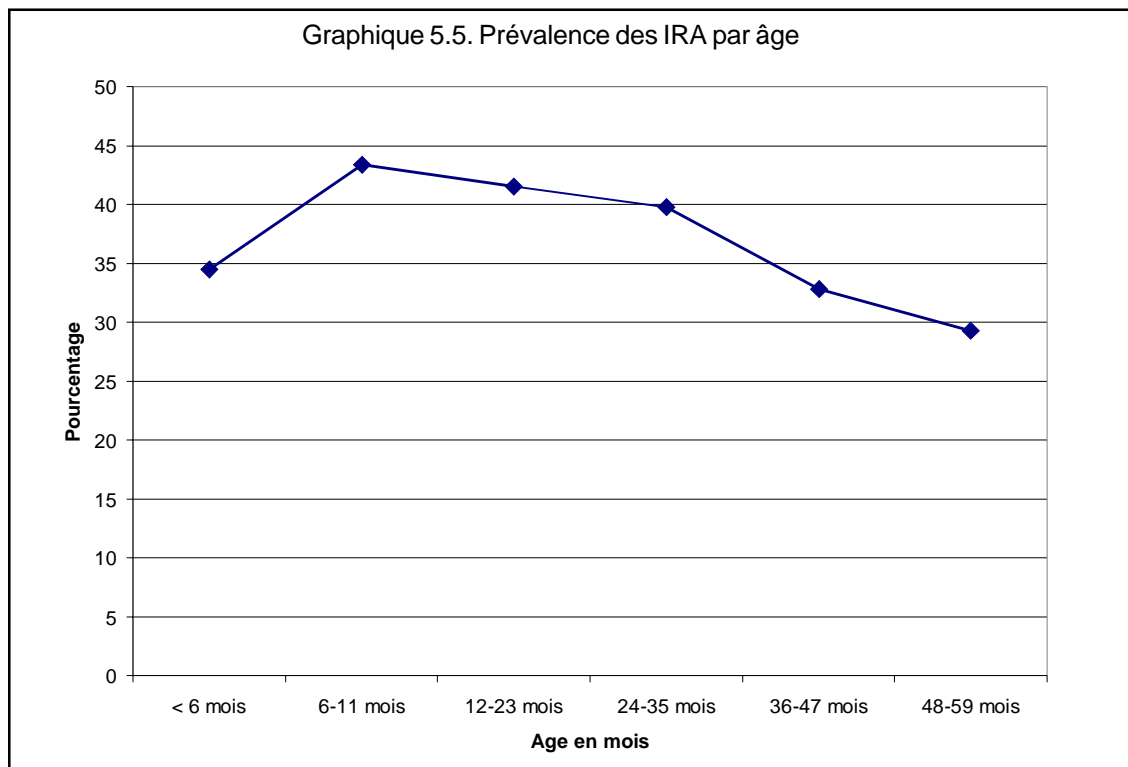
Un enfant sur dix a souffert des IRA au cours des 15 jours précédant l'enquête.

Tableau 5.5 : Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans ayant eu des IRA au cours des 15 jours précédant l'enquête, qui ont été traités par les fournisseurs de services de santé selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	% d'enfants ayant eu des IRA	Nombre d'enfants < 5 ans	Fournisseurs de service de santé						Au moins un fournisseur approprié	
			Hôpital	Centre de santé	Dispensaire privé	Agent de santé du village/quartier	Médecin privé	Guérisseur traditionnel		Autres
Milieu de résidence										
Urbain	8,2	3.062	14,9	20,5	16,7	2,3	0,5	2,6	21,2	46,3
Rural	11,8	6.392	1,6	20,1	6,4	5,8	0,1	5,8	24,4	32,3
Province										
Kinshasa	3,6	921	15,1	24,5	13,2	0,0	3,8	1,9	5,7	56,6
Bas-Congo	2,8	656	0,0	21,4	7,1	7,1	0,0	21,4	21,4	28,6
Bandundu	6,4	1.257	5,0	18,8	5,2	13,4	0,0	7,9	18,8	38,3
Equateur	8,4	227	4,3	10,0	12,0	3,3	0,0	10,9	28,7	24,3
Orientale	12,8	1.255	5,9	36,3	12,5	5,1	0,0	6,0	25,0	46,0
Nord-Kivu	14,8	719	1,6	22,2	17,1	6,6	0,0	10,2	37,9	44,7
Sud-Kivu	24,0	700	1,4	12,7	8,4	4,0	0,7	0,7	19,4	27,1
Maniema	9,9	266	6,9	37,9	0,0	17,2	0,0	3,4	27,6	62,1
Katanga	16,3	1.464	9,5	12,3	7,4	2,2	0,0	4,3	23,6	29,7
Kasaï Oriental	8,8	965	2,1	10,7	6,9	2,6	0,0	1,3	26,3	22,4
Kasaï Occidental	7,1	1.022	0,0	31,3	3,0	4,5	0,0	4,4	17,7	38,7
Niveau de pauvreté										
Plus pauvres	9,0	1.760	2,6	20,1	5,6	4,6	0,0	8,7	25,1	32,0
Pauvres	13,8	1.924	1,7	23,6	3,2	7,7	0,0	4,6	28,9	34,5
Moyens	12,0	2.036	2,6	22,8	10,7	6,0	0,5	5,0	30,1	33,1
Riches	12,2	1.926	5,4	16,5	13,3	3,2	0,0	4,5	14,9	37,2
Plus riches	5,8	1.808	20,7	13,7	14,5	0,0	1,2	1,2	12,5	47,7
Niveau d'instruction de la mère										
Sans instruction	14,4	2.655	2,0	20,9	8,4	5,0	0,3	6,7	24,5	32,1
Primaire	10,6	3.972	2,9	19,1	7,6	6,1	0,0	4,3	26,3	34,7
Secondaire ou plus	7,2	2.731	14,5	20,4	12,7	2,4	0,6	3,2	16,5	44,2
Sexe de l'enfant										
Masculin	10,9	4.752	5,7	18,8	9,1	4,0	0,1	5,2	24,4	35,4
Féminin	10,4	4.702	4,1	21,6	8,8	5,9	0,4	4,7	22,8	36,2
Age de l'enfant										
Moins de 6 mois	8,6	1.005	0,7	19,6	6,5	6,4	0,0	3,5	18,4	33,3
6 – 11 mois	13,1	1.028	8,5	20,5	5,9	4,3	0,0	8,8	21,5	39,1
12 – 23 mois	12,7	2.060	4,9	18,9	10,3	5,8	0,2	4,4	23,3	38,8
24 – 35 mois	12,0	1.813	3,7	22,5	12,1	3,8	0,5	5,7	22,2	37,4
36 – 47 mois	9,4	1.663	3,0	20,4	6,5	2,6	0,0	4,5	23,6	30,1
48 – 59 mois	7,7	1.804	8,5	19,0	9,5	7,8	0,4	3,2	31,4	34,1
Ensemble du pays	10,7	9.454	4,9	20,2	8,9	4,9	0,2	5,0	23,6	35,8

Les enfants issus des ménages les plus riches souffrent moins des IRA que les autres. Les enfants des mères les moins instruites souffrent deux fois plus des IRA que ceux des mères les plus instruites. Il n'y a pas de différence entre garçons et filles dans la prévalence des IRA.

La fréquence des IRA varie selon l'âge de l'enfant. Elle est faible avant l'âge de 6 mois (9%), augmente entre 6 et 11 mois (13%) après que les enfants ont perdu leur immunité maternelle et enfin diminue jusqu'à atteindre les valeurs les plus faibles entre 48 et 59 mois (8%).



5.2.2.2. Recherche des soins pour le traitement des IRA

Le programme de lutte contre les IRA est une des composantes de la lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance. Il vise la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies qui affectent le système respiratoire des enfants. Sa stratégie principale repose sur l'amélioration de la prise en charge des cas d'IRA au niveau des prestataires des soins et des formations médicales. C'est pourquoi MICS2 a cherché à connaître le comportement des mères dans la recherche des soins pour le traitement des IRA de leurs enfants. Le tableau 5.5 donne la proportion des enfants de moins de cinq ans ayant eu des IRA au cours des 15 jours précédant l'enquête et qui ont été traités dans l'une ou l'autre des institutions de santé.

Sur un total de 1.008 enfants de moins de cinq ans ayant souffert des IRA au cours des 15 jours précédant l'enquête, 36% ont été conduits chez un fournisseur approprié de services de santé. Il s'agit d'un hôpital (5%), d'un centre de santé (20%), d'un dispensaire privé (9%), ou d'un agent de santé (5%).

La recherche des soins pour le traitement des IRA chez un fournisseur approprié est plus fréquente en milieu urbain (46%) qu'en milieu rural (32%). Kinshasa et la province de Maniema ont les fréquences les plus élevées, tandis que les provinces du Kasai Oriental et de l'Equateur accusent les taux les plus faibles.

Encadré 5.6

Parmi les enfants qui ont souffert des IRA, seulement 36% ont été conduits chez un fournisseur de soins approprié. Le centre de santé reste la structure médicale de choix pour les soins des IRA.

La recherche des soins pour traiter les IRA est aussi tributaire du niveau de pauvreté du ménage et du niveau d'instruction de la mère : les ménages les plus riches et les femmes avec un niveau d'instruction élevé recherchent plus les soins que les autres.

On note une absence de discrimination en fonction du sexe des enfants dans la recherche des soins pour traiter les IRA. Quelques différences sont observées selon l'âge: les mères semblent rechercher davantage les soins pour leurs enfants âgés de 6 à 35 mois.

5.2.3. Paludisme

5.2.3.1. Prévalence de la fièvre

Le paludisme constitue l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans en Afrique sub-saharienne. Pour mesurer la prévalence de cette maladie, on a demandé aux mères si leurs enfants de moins de cinq ans avaient souffert de la fièvre au cours des 15 jours précédant l'enquête, même si l'on sait que l'existence d'une fièvre n'est pas nécessairement synonyme du paludisme. Le tableau 5.6 présente les résultats de l'enquête selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

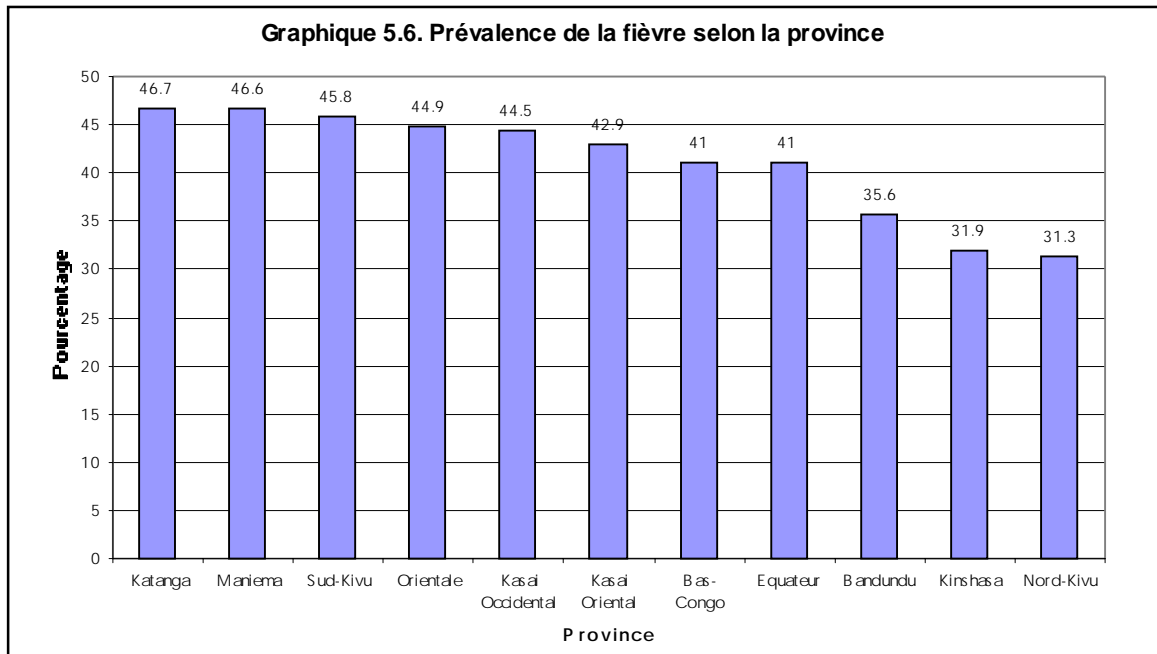
Tableau 5.6 : Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans ayant fait la fièvre au cours des 15 jours précédant l'enquête selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	A fait la fièvre dans les deux dernières semaines	Nombre d'enfants de moins de 5 ans	Paracétamol	Antipaludéens usuels			Autre	Ne sait pas	Au moins antipalud usuel
				Chloroquine	Quinine	Fansidar			
Milieu de résidence									
Urbain	37,7	3.062	75,6	49,2	19,2	1,0	38,4	2,6	63,0
Rural	42,8	6.392	55,1	43,2	5,4	0,7	24,5	4,9	47,4
Province									
Kinshasa	31,9	921	80,6	38,7	29,6	0,9	40,6	0,9	63,0
Bas-Congo	41,0	656	84,7	59,2	9,2	1,0	62,5	2,3	65,5
Bandundu	35,6	1.257	66,1	47,1	9,5	0,7	31,0	3,1	54,5
Equateur	41,0	227	57,9	50,2	1,3	0,2	27,1	1,9	51,0
Orientale	44,9	1.255	43,1	36,4	8,4	0,6	20,1	3,9	42,9
Nord-Kivu	31,3	719	55,4	30,7	9,2	1,1	19,2	7,7	36,6
Sud-Kivu	45,8	700	44,1	21,6	6,4	1,7	10,7	9,5	29,1
Maniema	46,6	266	52,2	38,2	3,7	0,0	40,4	6,6	41,2
Katanga	46,7	1.464	65,7	50,8	6,8	0,2	21,2	3,5	54,3
Kasai Oriental	42,9	965	61,7	49,9	11,8	0,2	29,0	4,4	59,1
Kasai Occidental	44,5	1.022	63,3	60,2	5,6	2,3	34,4	4,1	62,7
Niveau de pauvreté									
Plus pauvres	38,4	1.760	50,0	40,7	3,6	0,2	23,0	5,8	43,5
Pauvres	46,0	1.924	52,8	43,8	4,0	0,6	22,2	5,2	46,9
Moyens	43,3	2.036	62,3	47,8	5,5	0,4	25,4	3,4	51,5
Riches	41,2	1.926	63,5	45,9	9,5	2,2	32,1	4,7	53,7
Plus riches	36,2	1.808	80,0	45,9	28,4	0,8	43,4	1,5	66,4
Niveau d'instruction de la mère									
Sans instruction	41,9	2.655	52,7	38,3	3,8	0,9	19,2	5,5	42,1
Primaire	42,7	3.972	58,7	46,3	6,9	0,7	28,4	4,5	51,0
Secondaire ou plus	38,5	2.731	74,4	49,6	19,7	1,0	39,3	2,2	63,9
Prog. non formel	32,6	91	(59,4)	(54,8)	(10,2)	(0,0)	(19,9)	(5,9)	(61,2)
Sexe de l'enfant									
Masculin	41,0	4.752	61,7	44,4	10,1	0,9	29,4	4,1	52,4
Féminin	41,3	4.702	60,7	45,5	8,8	0,7	27,9	4,3	51,6
Age de l'enfant									
< 6 mois	32,0	1.005	53,3	37,0	8,5	1,2	29,4	2,7	42,8
6-11 mois	49,6	1.028	63,2	48,7	10,6	0,2	33,6	5,2	55,1
12-23 mois	45,0	2.060	60,5	45,6	8,7	0,8	30,5	4,2	52,6
24-35 mois	43,8	1.813	63,3	45,5	9,7	1,3	27,5	4,7	52,9
36-47 mois	39,0	1.663	61,7	45,2	9,1	0,8	27,8	3,3	52,6
48-59 mois	35,9	1.804	63,0	44,5	10,8	0,7	24,4	3,8	52,4
Ensemble du pays	41,1	9.454	61,2	45,0	9,5	0,8	28,6	4,2	52,0

Pour l'ensemble du pays, la prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans dans les 15 jours ayant précédé l'enquête est de 41%. Elle est plus élevée en milieu rural (43%) qu'en milieu urbain (38%). La ville de Kinshasa, les provinces du Nord-Kivu et de Bandundu ont les prévalences les plus faibles (respectivement de 32%, 31% et 36%), alors que les provinces du Katanga, du Maniema, du Sud-Kivu et la province Orientale accusent les prévalences les plus élevées (autour de 46%).

Encadré 5.7

Pour l'ensemble du pays, la prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans dans les 15 jours ayant précédé l'enquête est de 41%.



La fréquence de la fièvre varie selon l'âge des enfants. Elle est relativement faible avant l'âge de 6 mois et augmente à partir du 6^{ème} mois, puis reste relativement élevée jusqu'au 35^{ème} après que les enfants ont perdu leur immunité maternelle. Elle diminue ensuite pour atteindre encore des valeurs relativement faibles entre le 48^{ème} et le 59^{ème} mois d'âge.

5.2.3.2. Traitement du paludisme : médicaments habituellement utilisés

Le tableau 5.6 donne par ailleurs les informations concernant la proportion d'enfants âgés de moins de cinq ans qui avaient la fièvre durant les 15 jours précédant l'enquête et ont reçu des médicaments antipaludéens.

On y observe que parmi les enfants de moins de 5 ans ayant souffert de la fièvre au cours des 15 jours précédant l'enquête, 52% ont été soignés avec au moins un des antipaludéens usuels. Pris séparément, on constate que 45% des enfants ont été soignés avec la chloroquine, 10% avec la quinine et seulement 1% avec le fansidar.

Il faut noter que 61% des enfants ayant souffert de la fièvre ont pris le paracétamol que les parents considèrent comme un médicament pour traiter le paludisme alors qu'il n'est qu'un antipyrétique pour diminuer la fièvre, symptôme principal du paludisme.

Encadré 5.8

Parmi les enfants qui ont souffert de la fièvre, 52% ont été traités par un antipaludéen. 61% ont été traités avec le paracétamol qui n'est qu'un antipyrétique pour diminuer la fièvre.

La fréquence du traitement du paludisme par les médicaments usuels est plus élevée en milieu urbain (63%) qu'en milieu rural (47%). C'est à Kinshasa, dans les provinces du Bas-Congo et du Kasai Occidental que les antipaludéens usuels sont les plus utilisés.

Les niveaux de pauvreté du ménage et d'instruction de la mère ont une influence sur le traitement du paludisme avec les médicaments usuels. Plus le ménage est d'un niveau socio-économique élevé et plus la femme est instruite, plus grande est la fréquence d'utilisation des antipaludéens usuels.

Le sexe et l'âge de l'enfant n'influent pas sur le traitement du paludisme chez ce dernier.

5.2.3.3. Utilisation des moustiquaires imprégnées

Les mesures de prévention du paludisme, en particulier l'utilisation des moustiquaires imprégnées, c'est-à-dire traitées à l'insecticide, permettent de réduire de façon appréciable les taux de mortalité due au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans. Le tableau 5.7 donne la répartition des enfants de moins de cinq ans qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête.

Sur les 9.454 enfants de moins de cinq ans enregistrés lors de l'enquête, 12% soit 1.116 enfants ont dormi la nuit précédant l'enquête sous une moustiquaire et 0,7 % seulement ont dormi sous une moustiquaire imprégnée.

Encadré 5.9

L'utilisation de la moustiquaire imprégnée n'est pas encore vulgarisée à grande échelle en RDC. En effet, 12% d'enfants de moins de 5 ans ont dormi sous une moustiquaire et 0,7% sous une moustiquaire imprégnée.

Ce faible taux s'explique par le fait que l'utilisation de la moustiquaire imprégnée n'est pas encore vulgarisée à grande échelle en RDC. En effet, le programme de lutte contre le paludisme est en train d'expérimenter, depuis près d'une année, l'utilisation des moustiquaires imprégnées dans seulement 3 zones pilotes de Kinshasa.

Tableau 5.7 : Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans qui ont dormi sous une moustiquaire durant la nuit précédant l'enquête selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Enfants ayant dormi sous une moustiquaire		Enfants ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée			Effectifs des enfants
	Oui	Non	Oui	Non	Ne sait pas	
Milieu de résidence						
Urbain	15,0	85,0	2,1	97,6	0,2	3.062
Rural	10,3	89,7	0,1	99,5	0,4	6.392
Province						
Kinshasa	27,5	72,5	4,5	95,0	0,4	921
Bas-Congo	11,9	88,1	0,0	100,0	0,0	656
Bandundu	17,9	82,1	0,2	98,2	1,6	1.257
Equateur	26,4	73,6	0,0	100,0	0,0	227
Orientale	10,0	90,0	0,9	99,1	0,0	1.255
Nord-Kivu	1,0	99,0	0,0	100,0	0,0	719
Sud-Kivu	3,7	96,3	1,2	98,8	0,0	700
Maniema	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	266
Katanga	18,8	81,2	0,3	98,9	0,8	1.464
Kasaï Oriental	1,7	98,3	0,1	99,9	0,0	965
Kasaï Occidental	4,7	95,3	0,0	100,0	0,0	1.022
Niveau de pauvreté						
Très pauvres	7,1	92,9	0,0	99,6	0,4	1.760
Pauvres	14,0	86,0	0,1	99,6	0,3	1.924
Moyens	9,7	90,3	0,2	99,3	0,6	2.036
Riches	9,6	90,4	0,4	99,3	0,3	1.926
Très riches	18,6	81,4	3,1	96,5	0,3	1.808
Sexe de l'enfant						
Masculin	11,9	88,1	0,7	98,9	0,3	4.752
Féminin	11,7	88,3	0,7	98,8	0,4	4.702
Age de l'enfant						
Moins de 6 mois	12,6	87,4	0,6	99,1	0,3	1.005
6 – 11 mois	12,5	87,5	0,7	98,9	0,4	1.028
12 – 23 mois	12,7	87,3	0,7	98,9	0,4	2.060
24 – 35 mois	10,4	89,6	0,8	99,0	0,2	1.813
36 – 47 mois	11,3	88,7	0,8	98,7	0,5	1.663
48 – 59 mois	11,5	88,5	0,8	98,8	0,4	1.804
Ensemble du pays	11,8	88,2	0,7	98,9	0,4	9.454

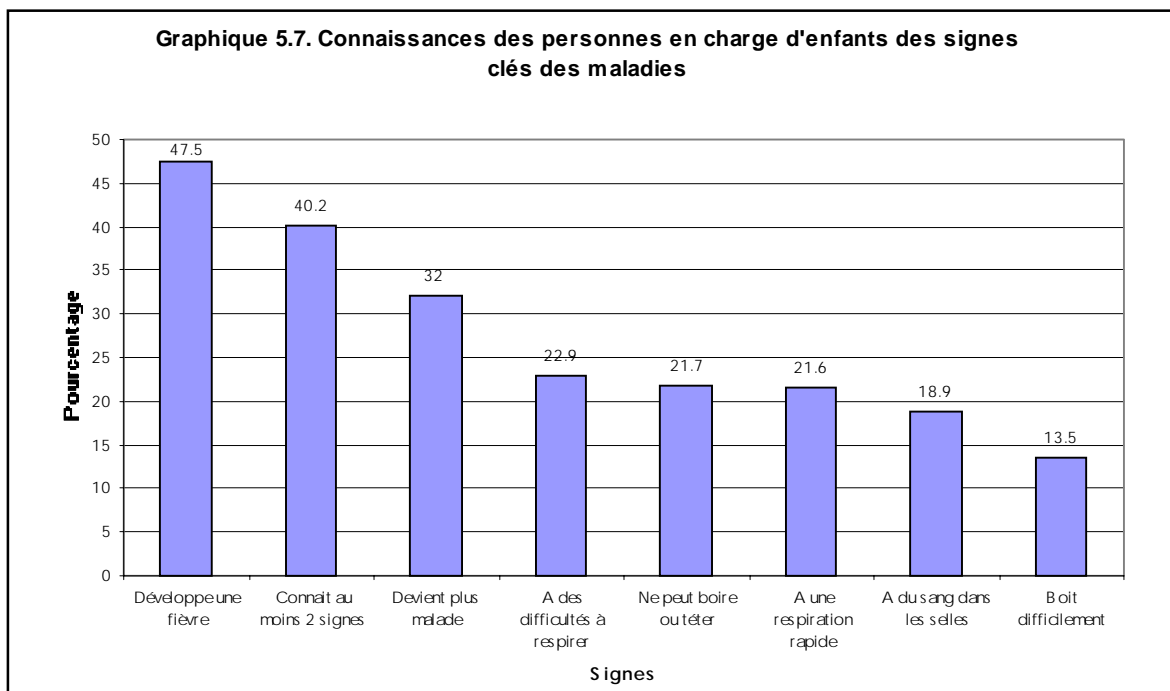
5.2.4. Connaissance des symptômes nécessitant des soins appropriés

L'enquête MICS2 a également cherché à savoir si les personnes en charge des enfants de moins de 5 ans connaissent les symptômes qui nécessitent immédiatement les soins appropriés. L'indicateur calculé est la proportion des personnes en charge des enfants de moins de cinq ans qui connaissent au moins deux signes quelconques nécessitant des soins immédiats parmi les signes ci-après: ne peut boire ou téter, devient plus malade, développe une fièvre, a une respiration rapide, a des difficultés à respirer, a du sang dans les selles et boit avec difficultés.

Parmi ces personnes, moins de la moitié (40%) connaissent au moins 2 de ces signes (symptômes) pour chercher immédiatement des soins de santé (tableau 5.8). Si l'on prend aussi en compte l'asthénie et pleure sans cesse comme signes, cette proportion devient 47%.

Tableau 5.8 : Répartition (en %) des personnes en charge d'enfants âgés de moins de 5 ans qui connaissent au moins 2 signes pour chercher immédiatement des soins de santé selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Ne peut boire ou têter	Devient plus malade	Développe une fièvre	A une respiration rapide	A des difficultés à respirer	A du sang dans les selles	Boit difficilement	Connait au moins 2 signes sur 7	Asthénie	Pleure sans cesse
Milieu de résidence										
Urbain	18,3	29,6	50,2	18,5	20,5	15,8	12,5	37,6	27,3	19,4
Rural	23,3	33,2	46,2	23,1	24,0	20,4	13,9	41,5	26,4	20,4
Provinces										
Kinshasa	18,9	26,6	52,5	18,6	20,5	14,5	14,5	37,9	32,2	20,4
Bas-Congo	16,9	28,1	50,3	19,6	19,1	15,2	12,1	36,0	32,4	19,0
Bandundu	28,4	37,5	52,4	32,3	31,9	27,9	21,7	47,8	33,2	26,4
Equateur	21,3	14,9	51,6	12,6	15,2	11,3	7,4	35,1	26,2	17,4
Orientale	26,3	37,7	51,0	22,4	24,6	25,6	15,8	46,5	23,9	25,0
Nord-Kivu	19,5	30,3	48,6	15,7	17,6	8,7	5,1	40,5	21,6	15,4
Sud-Kivu	5,6	26,0	38,1	13,7	13,1	14,2	2,3	24,9	11,4	6,4
Maniema	28,1	25,3	53,4	17,5	14,7	10,6	11,0	39,4	30,8	20,4
Katanga	22,7	36,3	42,7	24,8	31,8	21,8	17,2	39,4	29,9	26,4
Kasai Oriental	22,8	34,1	43,7	21,6	22,5	18,8	11,6	42,2	22,5	19,4
Kasai Occidental	22,0	28,7	44,6	19,5	16,0	16,1	12,5	39,3	25,8	13,4
Niveau de pauvreté										
Plus pauvres	27,6	36,3	47,8	24,7	24,3	22,6	16,4	44,6	27,3	21,0
Pauvres	23,9	34,8	42,6	24,7	25,1	19,5	15,2	40,3	28,2	21,0
Moyens	23,8	30,6	48,3	24,0	26,9	22,3	13,0	44,0	26,7	23,4
Riches	15,9	29,7	47,8	16,9	18,9	14,7	10,0	36,0	23,4	16,4
Plus riches	17,4	29,1	51,3	17,5	18,9	15,3	13,1	36,2	28,0	19,4
Niveau d'instruction de la mère										
Sans instruction	23,1	33,9	45,4	23,8	24,9	21,0	14,2	41,6	26,6	20,4
Primaire	22,4	32,7	47,8	22,2	23,7	19,8	13,9	41,7	26,4	21,4
Secondaire ou plus	19,6	29,6	49,3	18,7	19,8	15,6	12,5	37,1	27,2	19,4
Prog. non formel	15,5	22,7	45,2	20,3	20,9	16,5	7,4	34,2	27,1	22,4
Ensemble du pays	21,7	32,0	47,5	21,6	22,9	18,9	13,5	40,2	26,7	20,4



Selon les données du tableau 5.8 et le graphique 5.8 qui les illustre, la fièvre est considérée comme le premier signe nécessitant des soins appropriés. Elle a été citée par 48% des personnes en charge, suivie de l'aggravation d'une maladie (32%) et de l'asthénie ou fatigue excessive (27%). Par ailleurs, seulement 23% de personnes identifient la respiration difficile et rapide comme un problème nécessitant des soins immédiats.

Le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère n'influent pas sur la connaissance des personnes en charge des enfants de moins de cinq ans en ce qui concerne les symptômes nécessitant des soins appropriés dans l'immédiat. Les différences entre les provinces sont négligeables. Seule la province du Sud-Kivu s'écarte des autres et accuse une proportion relativement plus faible (28%).

5.2.5. Traitement des maladies

5.2.5.1. Traitement à domicile des maladies de l'enfance

Dans le cadre du suivi de l'initiative de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), un des indicateurs clés est le traitement à domicile de ces maladies. Cet indicateur mesure la proportion d'enfants de moins de cinq ans qui étaient malades durant les 15 jours précédant l'enquête et qui ont reçu plus de liquides et ont continué à manger pendant l'épisode de maladie. Le tableau 5.9 donne les différentes proportions selon diverses caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 5.9 : Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans malades au cours des 15 jours précédant l'enquête qui ont reçu plus de liquide et ont continué à manger durant l'épisode de maladie selon certaines caractéristiques socio-démographiques

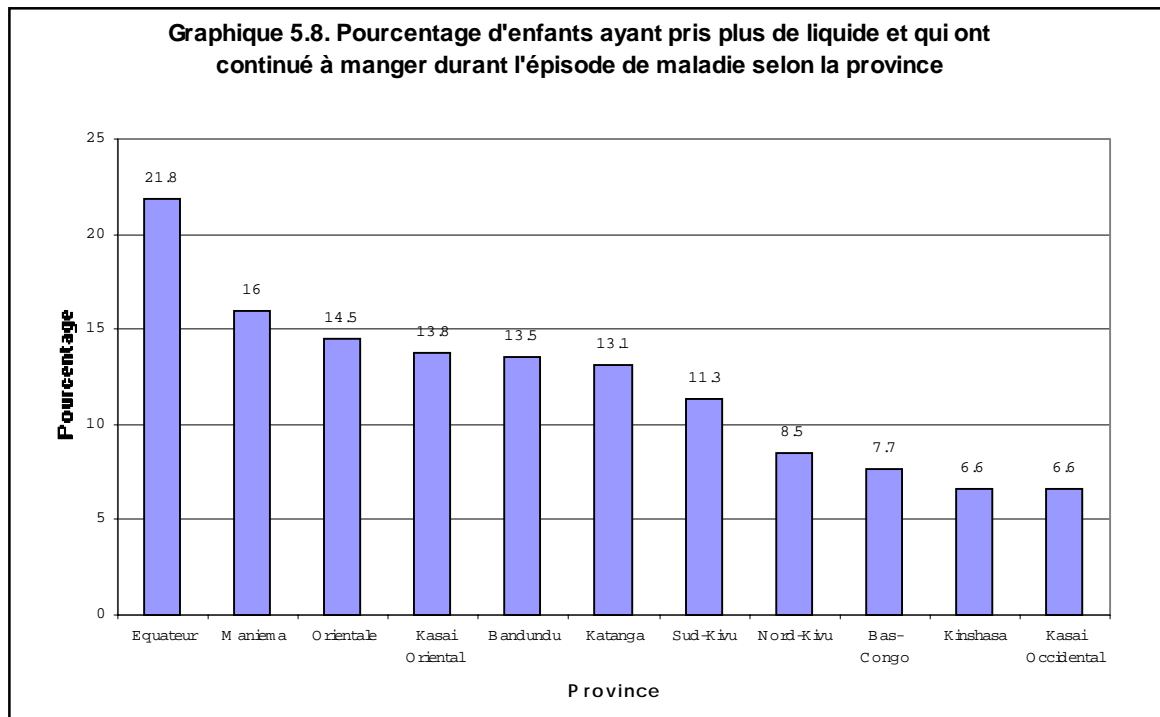
Caractéristiques	A été malade au cours des 2 dernières semaines	Nombre d'enfants de moins de 5 ans	A bu durant la maladie			Total	A mangé durant la maladie			Total	A d k a
			Plus	Même quantité/ moins	Ne sait pas		Un peu moins/ même quantité/plus	Beaucoup moins/pas du tout	Ne sait pas		
Milieu de résidence											
Urbain	55,6	3.062	17,9	59,5	22,5	100,0	54,8	31,5	13,7	100,0	
Rural	59,6	6.392	22,0	55,9	22,0	100,0	52,1	32,8	15,1	100,0	
Provinces											
Kinshasa	49,7	921	12,0	62,2	25,8	100,0	52,7	29,1	18,2	100,0	
Bas-Congo	56,9	656	10,0	69,6	20,4	100,0	65,1	22,8	12,0	100,0	
Bandundu	51,1	1.257	19,7	64,6	15,7	100,0	59,3	29,0	11,6	100,0	
Equateur	59,0	227	28,7	47,0	24,3	100,0	50,1	30,3	19,6	100,0	
Orientale	59,8	1.255	26,6	52,2	21,2	100,0	52,5	33,9	13,6	100,0	
Nord-Kivu	52,6	719	15,9	63,0	21,1	100,0	52,3	34,4	13,3	100,0	
Sud-Kivu	66,7	700	20,7	59,3	20,0	100,0	55,5	33,3	11,2	100,0	
Maniema	64,0	266	32,6	49,2	18,2	100,0	57,8	28,3	13,9	100,0	
Katanga	63,2	1.464	27,9	49,6	22,5	100,0	48,3	37,9	13,8	100,0	
Kasai Oriental	61,6	965	22,3	53,9	23,8	100,0	54,1	31,1	14,8	100,0	
Kasai Occidental	60,6	1.022	13,7	56,9	29,4	100,0	43,3	34,9	21,8	100,0	
Niveau de pauvreté											
Plus pauvres	56,9	1.760	21,3	56,6	22,1	100,0	54,6	28,8	16,6	100,0	
Pauvres	61,7	1.924	25,9	53,7	20,3	100,0	50,2	35,7	14,2	100,0	
Moyens	60,1	2.036	22,7	55,7	21,6	100,0	55,0	30,6	14,4	100,0	
Riches	59,5	1.926	18,8	57,4	23,8	100,0	50,5	34,4	15,1	100,0	
Plus riches	52,8	1.808	13,7	62,9	23,4	100,0	55,0	32,0	13,0	100,0	
Niveau d'instruction de la Mère											
Sans instruction	58,2	2.655	22,3	54,9	22,8	100,0	50,6	33,8	15,6	100,0	
Primaire	59,9	3.972	21,5	57,2	21,4	100,0	53,4	32,5	14,1	100,0	
Secondaire ou plus	56,3	2.731	18,2	59,1	22,8	100,0	54,5	31,0	14,5	100,0	
Programme non formel	59,0	91	20,2	57,0	22,8	100,0	56,1	27,1	16,8	100,0	
Age de l'enfant											
Moins de 6 mois	47,7	1.005	10,3	66,0	23,6	100,0	54,6	31,2	14,2	100,0	
6-11 mois	71,7	1.028	15,0	56,6	28,4	100,0	45,8	34,4	19,8	100,0	
12-23 mois	69,1	2.060	19,4	53,2	27,3	100,0	48,9	30,5	20,6	100,0	
24-35 mois	60,5	1.813	24,1	57,2	18,7	100,0	54,9	33,6	11,6	100,0	
36-47 mois	52,5	1.663	23,8	57,8	18,3	100,0	58,9	30,8	10,3	100,0	
48-59 mois	47,2	1.804	25,2	59,4	15,4	100,0	57,1	34,3	8,6	100,0	
Ensemble du pays	58,3	9.454	20,8	57,1	22,2	100,0	53,0	32,4	14,7	100,0	

Au total 58% d'enfants de moins de cinq ans ont été malades durant les 15 jours précédant l'enquête, soit 5.512 enfants sur les 9.454. Parmi ces enfants malades seulement 12% ont pris plus de liquides et ont continué à manger durant l'épisode. On constate que la faible prise en charge « correcte » des enfants malades à domicile contraste avec leur forte morbidité.

Encadré 5.10

Alors que 58% d'enfants ont été malades durant les 15 jours précédant l'enquête, seulement 12% ont été correctement pris en charge à domicile.

Ce taux ne diffère pas selon les milieux de résidence. Par ailleurs, Kinshasa (7%), les provinces du Nord-Kivu (9%), de Bas-Congo (8%) et de Kasai Occidental (7%) ont les fréquences les plus faibles, en dessous de la moyenne nationale (12%), tandis que la province de l'Equateur a la fréquence la plus élevée par rapport à la moyenne, soit 22%.



Le niveau de pauvreté semble avoir une influence sur le traitement des maladies à domicile, les ménages les plus riches traitant moins leurs enfants malades à la maison. Par ailleurs, les enfants les plus jeunes sont moins traités à domicile que ne le sont les plus âgés. Par contre, le niveau d'instruction de la mère et le sexe de l'enfant n'ont pas d'influence sur cette pratique.

5.2.5.2. Recours aux tradipraticiens et à l'automédication pour les soins des enfants

Parmi les mères des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de la toux et/ou de la fièvre au cours des 15 jours précédant l'enquête, 3% ont recouru aux tradipraticiens pour les soins de leurs enfants. Cette fréquence est plus élevée en milieu rural (4%) par rapport au milieu urbain (0,9%).

L'enquête révèle que 21% de mères des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de la toux et/ou de la fièvre au cours des 15 jours précédant l'enquête ont recouru aux structures d'automédication (pharmacie, vendeur de médicaments ambulants, parent, ami) pour les soins. Cette fréquence est plus élevée en milieu rural (23%) qu'en milieu urbain (16%). L'automédication est un danger pour la santé, notamment parce qu'elle entraîne des risques d'une mauvaise prise en charge de la maladie, d'une intoxication par surdosage, d'une rechute, d'une aggravation par sous-dosage, etc. Elle pourrait conduire à une faible fréquentation des services de santé par la population.

Tableau 5.10 : Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant souffert de la toux et/ou de la fièvre au cours des 15 jours précédant l'enquête, placés sous automédication ou ayant fréquenté le guérisseur traditionnel, selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Auto médication	Guérisseur traditionnel	Effectif des enfants malades
Milieu de résidence			
Urbain	16,2	0,9	1.703
Rural	22,6	3,5	3.809
Province			
Kinshasa	6,7	0,1	458
Bas-Congo	19,3	3,1	373
Bandundu	21,6	3,5	643
Equateur	22,0	3,9	134
Orientale	19,9	2,3	750
Nord-Kivu	23,1	3,7	378
Sud-Kivu	24,7	3,1	467
Maniema	22,5	3,2	171
Katanga	22,6	2,8	925
Kasaï Oriental	18,1	3,3	594
Kasaï Occidental	25,9	2,2	619
Niveau de pauvreté			
Plus pauvres	21,0	3,7	1.001
Pauvres	23,9	2,9	1.187
Moyens	25,0	3,5	1.223
Riches	18,8	2,7	1.146
Plus riches	12,9	0,5	955
Niveau d'instruction de la mère			
Sans instruction	22,6	3,9	1.545
Primaire	21,4	2,9	2.377
Secondaire ou plus	18,1	1,3	1.537
Programme non formel	7,4	2,0	54
Sexe de l'enfant			
Masculin	20,6	2,7	2.779
Féminin	20,8	2,7	2.734
Age de l'enfant			
Moins de 6 mois	18,8	2,6	497
6 – 11 mois	21,4	3,2	737
12 – 23 mois	19,0	2,9	1.423
24 – 35 mois	20,8	2,6	1.097
36 – 47 mois	20,9	2,5	873
48 – 59 mois	22,6	2,5	852
Ensemble du pays	20,7	2,7	5.512

5.2.5.4. Recours à la transfusion sanguine

La diarrhée sanguinolente et le paludisme sont des maladies qui, dans leur forme la plus grave, peuvent entraîner une anémie chez les enfants. MICS2 s'est intéressée à savoir si les enfants de moins de 5 ans ayant connu ces maladies au cours des 15 jours précédant l'enquête ont été transfusés. Il ressort des données de l'enquête que parmi ces enfants, 2% ont été soignés par transfusion sanguine au cours de leur maladie. Ce taux est le même en milieu urbain et en milieu rural.

CONCLUSION

Ce chapitre a examiné la situation sanitaire des mères et des enfants en RDC. L'analyse des données collectées montre que :

- le niveau de la couverture en soins prénatals est de 68%. Un tiers des femmes enceintes ne vont pas à la consultation prénatale durant leur grossesse. Ce taux reste faible et n'a pas réellement évolué depuis 1998 (67%) ; par ailleurs, le niveau actuel de la couverture en accouchements assistés par un personnel qualifié (61%) a connu une régression par rapport à celui de 1998 (70%).
- la prévalence de la diarrhée n'a pas changé entre 1995 et 2001 ; il est resté à 22%.
- le taux d'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO) lors des épisodes de diarrhée est de 93% et a connu une hausse très sensible par rapport au niveau de 1995. Par contre le traitement correct de la diarrhée à domicile demeure faible (11%) et semble être en baisse;
- la prévalence des IRA est de 11%; seulement 36% d'enfants faisant les IRA sont emmenés chez un fournisseur de soins appropriés ;
- la fréquence de la diarrhée, des IRA et du paludisme varie selon l'âge de l'enfant. Elle atteint son maximum entre 6 et 11 mois et reste élevée jusqu'à 2 ans ;
- la prévention du paludisme par l'utilisation de la moustiquaire imprégnée demeure encore très faible (0,7%) ;
- il n'y a que 52% d'enfants qui sont traités du paludisme avec un antipaludéen usuel ; 61% d'enfants ont été traités au paracétamol;
- le traitement des maladies de l'enfance à domicile demeure encore faible (12%).

Ainsi, l'objectif du Sommet Mondial pour les Enfants qui visait l'accès de toutes les femmes enceintes aux soins pendant la grossesse et au moment de l'accouchement n'est pas atteint en cette fin de décennie. De même, celui qui visait la réduction de 25% de l'incidence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans n'est pas non plus atteint. Quant à l'objectif du SME qui visait la réduction de la mortalité due aux IRA, MICS2 ne l'a pas mesuré mais s'est limité à la prévalence de ces infections.

Certaines variables comme le milieu de résidence, l'instruction de la mère et le niveau de pauvreté différencient les comportements des groupes de population face à ces problèmes, mais elles ne les expliquent pas. Beaucoup d'interrogations restent donc soulevées et l'influence de ces facteurs ainsi que celle d'autres facteurs comme la qualité des services, les coutumes, l'accessibilité géographique des soins devrait être étudiée en profondeur.

Par ailleurs, étant donné l'impact des maladies diarrhéiques, des IRA et du paludisme sur la mortalité des enfants et compte tenu de l'importance de la consultation prénatale et des accouchements assistés dans la réduction de la mortalité maternelle, un renforcement de la sensibilisation et une amélioration des services devraient constituer la stratégie d'actions en faveur des enfants et des femmes de la RDC.

INTRODUCTION

Ce chapitre analyse la couverture vaccinale des enfants et des mères. Il aborde les sections suivantes : la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois (section 6.1); la couverture vaccinale des mères d'enfants de moins de 12 mois (section 6.2); la participation des enfants de 12 à 23 mois aux Journées Nationales de Vaccination (JNV) contre la poliomyélite organisées en l'an 2000 (section 6.3); la déperdition vaccinale (section 6.4).

L'objectif 22 du Sommet Mondial pour les Enfants traite de la vaccination : maintien à un niveau élevé de la couverture de vaccination (au moins 90% d'enfants de moins d'un an dès l'année 2000) contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la poliomyélite, la tuberculose et contre le tétanos chez les femmes en âge de reproduction.

Pour atteindre cet objectif, la RDC devait fournir de gros efforts entre 1995 et 2001 étant donné que la couverture vaccinale en 1995 était très faible. En effet, MICS1 avait montré que 47% d'enfants de 12 à 23 mois étaient vaccinés contre le BCG, 27% contre le DTCoq3, 28% contre le VPO3 et 39% contre la rougeole. Dans l'ensemble, l'écart entre la couverture vaccinale réalisée en 1995 et les objectifs visés par la mi-décennie était de 41%.

Dans le cadre de l'enquête MICS2, les mères ont été invitées à produire les cartes de vaccination pour les enfants âgés de 12 à 23 mois. Les enquêteurs ont recopié dans le questionnaire de l'enquête les informations relatives aux vaccinations inscrites sur les cartes. Les mères ont également été invitées à notifier toute vaccination reçue qui ne figure pas sur la carte. Ainsi, si l'enfant n'avait pas de carte, on lisait à la mère une brève description de chaque vaccin et on lui demandait de se rappeler si l'enfant l'avait reçue ou non (pour le DTCoq et la polio) et combien de fois.

Selon les directives de l'UNICEF et de l'OMS, un enfant devrait recevoir, avant l'âge de 12 mois les antigènes suivants : le BCG pour le protéger contre la tuberculose ; trois doses de DTCoq pour le protéger contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; trois doses de vaccin contre la polio et une dose de vaccin contre la rougeole.

Au total, 2.690 enfants âgés de 12-23 mois ont été enquêtés pour la vaccination. Ce nombre correspond aux 300 sites de base de l'enquête et aux 65 sites complémentaires. L'échantillon d'enfants observé dans chaque province est de taille suffisamment grande pour permettre de désagréger la couverture vaccinale selon les onze provinces que compte le pays. Pour obtenir cette représentativité par province, il a fallu « suréchantillonner » certaines d'entre elles qui ont des effectifs de population plus réduits.

6.1. COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS DE 12 A 23 MOIS

6.1.1. Disponibilité des cartes de vaccination

MICS2 a cherché à savoir si les enfants disposaient de cartes de vaccination au moment de l'enquête. Le tableau 6.1 fournit ces informations. Dans l'ensemble, 52% d'enfants disposaient d'une carte de vaccination au moment de l'enquête. Pour 22% d'enfants, les mères ont montré la carte de vaccination à l'enquêteur, tandis que pour 29% d'enfants, les mères ont déclaré l'existence de la carte, mais celle-ci n'était pas à portée de main ou était perdue. Près de la moitié d'enfants (44%) ne disposaient pas de carte de vaccination au moment de l'enquête.

Tableau 6.1 : Répartition (en %) des enfants de 12-23 mois selon la disponibilité de la carte de vaccination au moment de l'enquête

Caractéristiques	Carte de vaccination					Effectifs observés (12-23 mois)
	Oui, vue	Oui, non vue	Non	Oui, Perdue	ND	
Milieu de résidence						
Urbain	32,2	31,3	24,9	6,0	5,6	872
Rural	17,2	23,3	52,6	2,3	4,6	1.818
Province						
Kinshasa	39,3	31,9	16,9	8,0	4,0	326
Bas-Congo	41,8	18,1	27,4	5,5	7,2	237
Bandundu	26,4	32,9	34,6	0,9	5,2	231
Equateur	19,7	17,5	59,0	1,3	2,6	234
Orientale	12,7	24,1	54,0	3,8	5,5	237
Nord-Kivu	29,9	32,8	30,3	3,0	4,0	201
Sud-Kivu	9,8	26,2	55,6	1,9	6,5	214
Maniema	3,5	23,3	66,5	0,4	6,2	227
Katanga	15,3	20,4	57,3	2,7	4,3	255
Kasaï Oriental	23,2	29,6	36,3	6,0	4,9	284
Kasaï Occidental	14,8	26,2	52,0	2,5	4,5	244
Niveau de pauvreté						
Plus pauvres	12,2	24,9	59,0	1,0	2,9	583
Pauvres	15,3	21,4	54,0	2,9	6,4	543
Moyens	23,0	23,1	46,1	3,3	4,5	553
Riches	22,7	28,3	40,0	3,9	5,2	538
Plus riches	40,4	32,8	14,0	7,0	5,9	473
Niveau d'instruction de la mère						
Sans instruction	13,6	22,1	56,9	3,0	4,4	728
Primaire	18,9	24,5	48,4	2,7	5,5	1.162
Secondaire ou plus	34,1	31,5	24,8	4,9	4,7	779
Sexe de l'enfant						
Masculin	22,7	25,7	43,2	3,5	5,0	1.390
Féminin	21,5	26,1	44,0	3,8	4,9	1.300
Ensemble du pays	22,1	25,9	43,6	3,5	4,9	2.690

Les données montrent des différences dans la disponibilité de cartes de vaccination selon le niveau de pauvreté, la province, le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère. En effet, les ménages les plus riches ont une proportion d'enfants disposant de cartes plus élevée que les ménages les plus pauvres (40% contre 12%). De même, cette proportion est plus grande dans les ménages urbains (32%) que dans les ménages ruraux (17%). On observe également que plus le niveau d'instruction de la mère est élevé, plus les enfants disposent de cartes de vaccination : les proportions sont de 14% chez les mères sans instruction à 19% chez celles du niveau primaire puis à 34% chez les mères ayant atteint le niveau secondaire.

A Kinshasa et dans les provinces du Bas-Congo, du Nord-Kivu, de Bandundu et de l'Equateur, les mères ont montré la carte de vaccination pour plus d'un enfant sur quatre. On note que la province de Maniema semble la plus défavorisée dans ce domaine.

Selon MICS1 en 1995, 30% d'enfants de 12 à 23 mois disposaient d'une carte de vaccination. On observe donc une baisse, sensible, dans la disponibilité des cartes de vaccination.

6.1.2. Taux de couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois

Le tableau 6.2 présente la proportion d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance à quelque moment que ce soit avant l'enquête et avant le premier anniversaire.

Tableau 6.2 : Pourcentage d'enfants âgés de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance

	BCG	DTCoq 1	DTCoq 2	DTCoq 3	VPO 0	VPO 1	VPO 2	VPO 3	VAR	Tous	Aucun	Effectif des enfants
A n'importe quel moment avant l'enquête												
Avec carte	16,3	19,0	17,6	16,2	12,4	18,6	18,0	15,7	15,7	10,6	0,0	2.690
Selon déclaration De la mère	36,8	32,2	22,6	13,7	24,5	53,8	43,1	25,8	30,7	12,3	19,3	2.690
Ensemble	53,1	51,2	40,3	29,9	36,9	72,4	61,0	41,5	46,4	22,8	19,3	2.690
Avant le premier anniversaire	50,9	46,6	37,5	27,6	35,4	67,2	56,6	38,6	38,9	14,0	19,3	2.690

D'une manière générale les couvertures vaccinales de tous les antigènes sont plutôt faibles. Le BCG est l'antigène le plus répandu⁽¹⁾ : un peu plus d'un enfant sur deux est vacciné contre la tuberculose. Du fait que ce vaccin est administré quelques jours seulement après la naissance, sa couverture est aussi un indicateur de l'accès aux services obstétricaux par les mères. On se rappellera à ce sujet que plus de deux tiers des femmes pratiquent la consultation prénatale et près de deux tiers sont assistées par un personnel qualifié à l'accouchement.

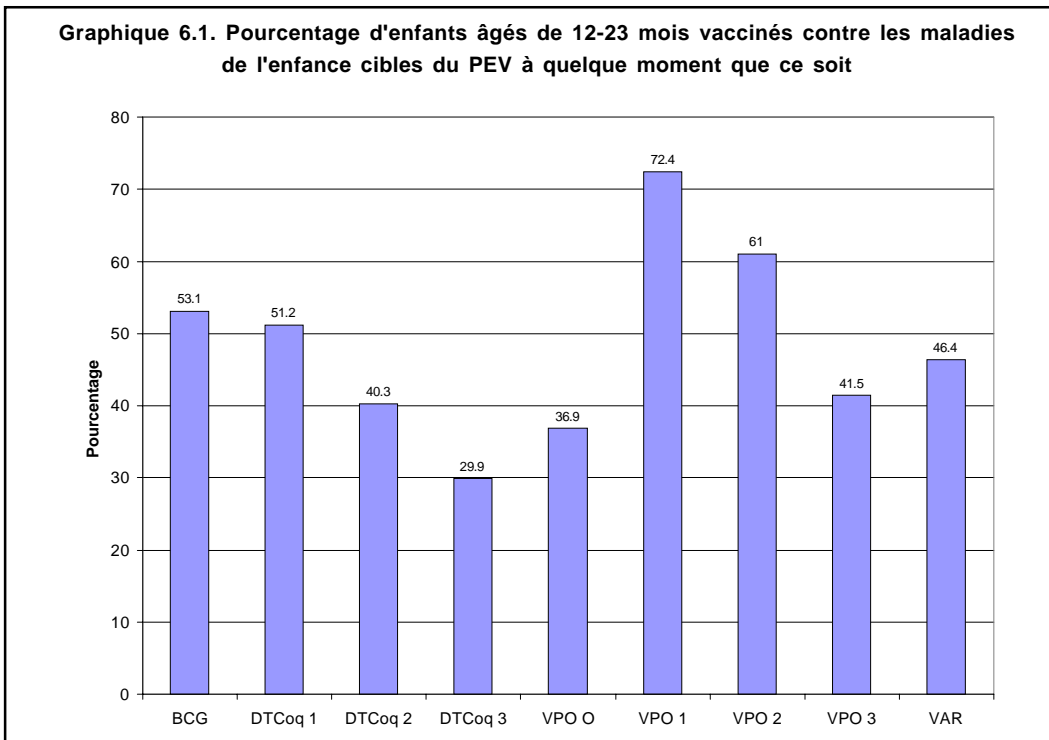
Un peu moins de la moitié des enfants (46%) sont vaccinés contre la rougeole. C'est la seconde couverture vaccinale la plus élevée après le BCG. Le VPO3 est la troisième couverture la plus élevée et touche 42% des enfants. Enfin la couverture du DTCoq3 est particulièrement faible, avec seulement moins de trois enfants sur dix vaccinés.

Encadré 6.1

Les couvertures vaccinales de tous les antigènes sont plutôt faibles : 53% pour le BCG, 46% pour le VAR, 42% pour le VPO3 et 30% pour le DTCoq3. Près de un enfant sur quatre est complètement vacciné ; un enfant sur cinq n'a reçu aucun vaccin.

Au total, un peu plus d'un enfant sur quatre (23%) est complètement vacciné et une proportion d'enfants sensiblement égale (19%) n'ont été vaccinés contre aucune maladie cible du PEV.

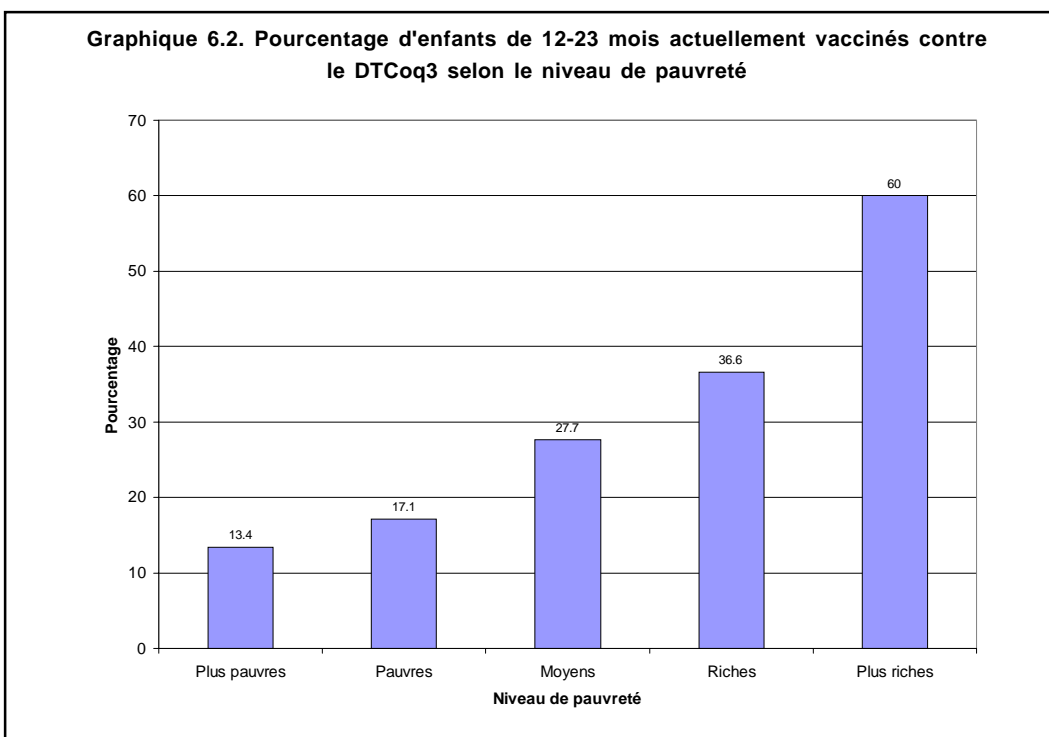
⁽¹⁾ La comparaison est établie entre le BCG, le DTCoq3, le VPO3 et le VAR.



6.1.3. Disparités dans la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois

Le tableau 6.3 présente la couverture vaccinale selon le niveau de pauvreté, le sexe de l'enfant, la province, le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère.

Le niveau de pauvreté constitue un déterminant de la couverture vaccinale : seulement un enfant sur dix des ménages les plus pauvres est entièrement vacciné contre toutes les maladies cibles du PEV alors que 45% des enfants des ménages les plus riches (soit quatre fois et demie plus) le sont. La même tendance est observée en ce qui concerne le DTCoq3, antigène considéré comme indicateur de suivi des services de vaccination.



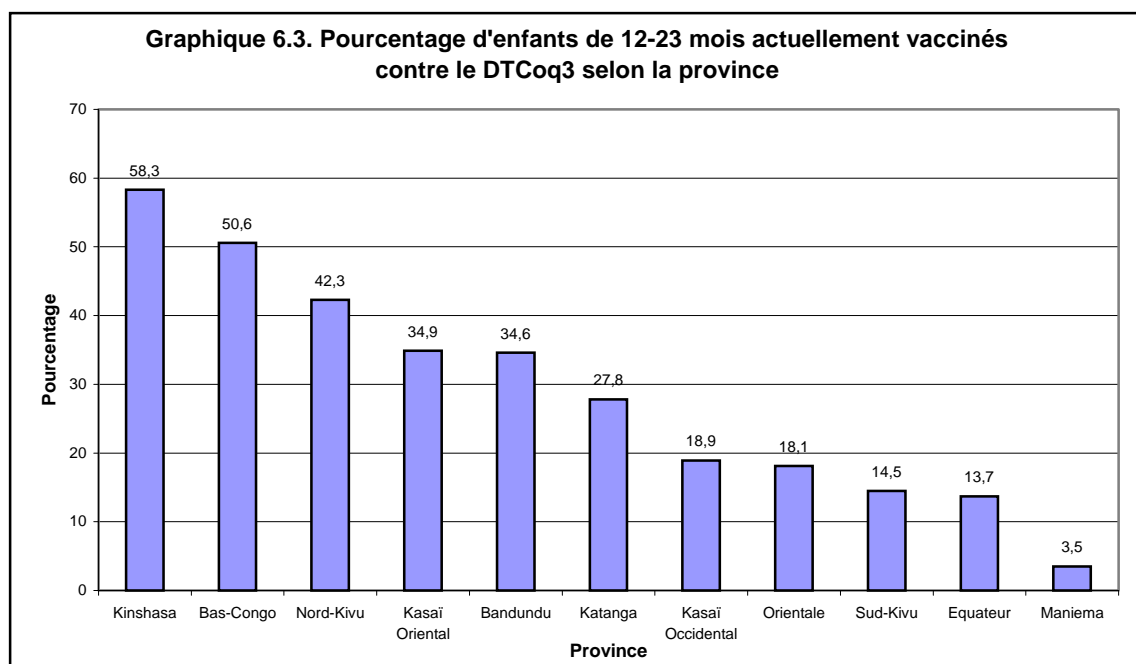
Dans le même ordre d'idée, seulement 9% des enfants des familles les plus riches n'ont reçu aucun antigène, contre 27% des enfants des familles les plus pauvres. La couverture vaccinale de tous les antigènes augmente avec le niveau de richesse.

On n'observe aucune différence de la couverture vaccinale selon le sexe et ce quel que soit l'antigène.

Tableau 6.3 : Distribution (en %) des enfants de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance cibles du PEV selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	BCG	DTC0q 1	DTC0q 2	DTC0q 3	VPO 0	VPO 1	VPO 2	VPO 3	VAR	Tous	Aucun	Effectifs des enfants
Milieu de résidence												
Urbain	73,6	71,9	61,2	49,1	59,3	79,4	67,7	50,5	67,2	37,2	11,9	872
Rural	43,3	41,3	30,2	20,7	26,1	69,0	57,9	37,2	36,5	16,0	22,8	1.818
Province												
Kinshasa	79,1	79,1	70,2	58,3	68,1	81,6	70,2	54,6	75,8	45,7	12,0	326
Bas-Congo	74,3	75,1	62,0	50,6	45,6	79,7	74,3	61,2	66,2	39,2	10,5	237
Bandundu	73,6	71,9	53,2	34,6	39,8	81,0	67,1	41,6	62,3	26,0	8,7	231
Equateur	26,5	31,6	16,7	13,7	21,4	63,2	48,3	26,5	27,8	11,2	29,1	234
Orientale	40,5	40,5	25,7	18,1	24,9	71,7	58,2	36,7	38,0	14,3	19,8	237
Nord-Kivu	68,7	64,2	55,2	42,3	46,8	76,1	66,7	49,3	53,7	31,8	16,9	201
Sud-Kivu	35,5	33,2	24,8	14,5	24,8	49,1	36,4	22,9	29,9	9,8	39,3	214
Maniema	16,7	15,0	6,6	3,5	11,0	62,6	51,5	26,9	15,9	2,6	30,0	227
Katanga	50,2	43,9	37,3	27,8	29,4	69,8	61,6	44,7	39,2	21,2	23,1	255
Kasaï Oriental	61,6	58,5	48,6	34,9	50,4	79,6	65,5	47,5	52,1	24,6	11,6	284
Kasaï Occidental	45,9	38,1	29,5	18,9	29,1	75,0	65,2	36,9	36,9	15,2	17,2	244
Niveau de pauvreté												
Plus pauvres	34,5	32,6	20,9	13,4	19,2	67,1	55,1	32,2	28,8	9,9	27,4	583
Pauvres	39,6	37,4	26,0	17,1	25,4	67,0	54,7	34,6	32,6	16,6	22,1	543
Moyens	52,8	50,5	39,8	27,7	35,1	72,3	61,5	41,8	44,5	21,9	19,9	553
Riches	62,5	61,0	48,0	36,6	42,9	74,3	61,7	43,7	55,4	27,3	16,5	538
Plus riches	81,4	79,7	72,3	60,0	67,0	82,9	74,4	57,9	76,1	45,2	8,5	473
Niveau d'instruction de la mère												
Sans instruction	35,4	34,5	26,1	17,0	22,3	62,8	51,4	32,3	31,2	14,0	30,1	728
Primaire	49,9	47,8	34,9	24,9	32,3	72,2	60,2	39,8	40,6	18,8	18,7	1.162
Secondaire ou +	73,8	71,2	60,7	48,7	56,9	81,4	71,1	52,0	68,4	36,2	10,3	779
Sexe de l'enfant												
Masculin	53,0	51,9	40,5	30,6	36,8	72,0	60,9	42,1	46,9	24,0	19,6	1.390
Féminin	53,2	50,4	40,0	29,2	37,0	72,8	61,2	40,8	45,9	21,6	18,9	1.300
Ensemble du pays	53,1	51,2	40,3	29,9	36,9	72,4	61,0	41,5	46,4	22,8	19,3	2.690

Les différences selon les provinces sont importantes. Ainsi, en ce qui concerne le BCG, à Kinshasa et dans cinq provinces (Bas-Congo, Bandundu, Nord Kivu, Katanga et Kasai Oriental), au moins un enfant sur deux est vacciné alors que dans toutes les autres provinces, la moitié des enfants de 12-23 mois ne l'ont pas été. Pour ce qui est du DTCoq3, les taux de couverture vaccinale sont supérieurs à 25% dans ces provinces. La couverture du BCG est particulièrement faible dans le Maniema (17%), l'Equateur (27%) et dans une moindre mesure le Sud Kivu (36%) et la Province Orientale (41%). C'est également dans ces provinces, ainsi qu'au Kasai Occidental et dans la Province Orientale que la couverture du DTCoq3 est la plus faible.



Quel que soit l'antigène, la couverture vaccinale est nettement plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. Cette différence est liée à plusieurs facteurs : la détérioration des infrastructures routières qui rend difficile l'accès aux structures de santé et entraîne des ruptures fréquentes des vaccins dans les zones de santé rurales; la dégradation des services de santé ; la perte de motivation du personnel de la santé ; la pauvreté plus grande des ménages ruraux et leur plus grande ignorance des bénéfices de la vaccination pour la santé des enfants, la faible couverture sanitaire, l'absence de stratégies de communication susceptibles de faire modifier les comportements.

Le niveau d'instruction de la mère influence également la couverture vaccinale des enfants. Par exemple la couverture complète est deux fois et demie plus élevée chez les enfants nés de mères de niveau secondaire ou plus (36%) que chez les enfants nés de mères sans aucune instruction (14%).

Encadré 6.2

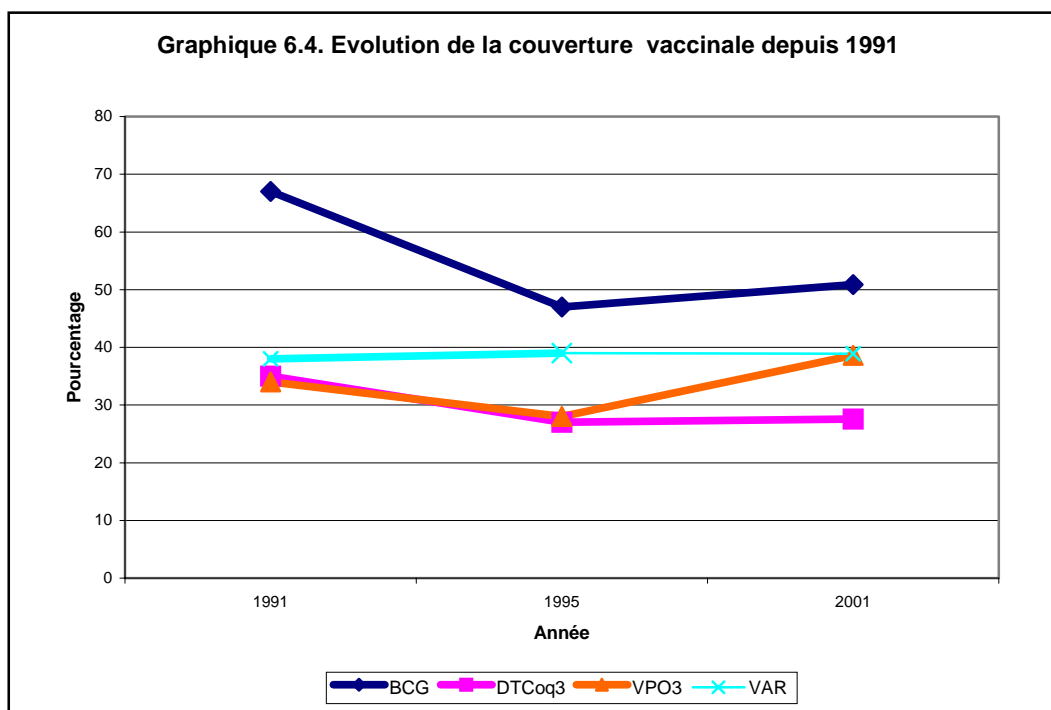
La couverture vaccinale augmente avec le niveau de richesse et le niveau d'instruction de la mère. Elle est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural, à Kinshasa et dans le Bas-Congo. Elle est particulièrement faible dans trois provinces : Maniema, Equateur, et Province Orientale.

6.1.4. Evolution de la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois

Le tableau 6.4 indique les couvertures vaccinales entre 1991 et 2001 en RDC et le graphique 6.4 illustre la tendance observée durant la période.

Tableau 6.4 : Evolution de la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois avant leur premier anniversaire (1991 à 2001)

Antigène	1991 Enquête nationale de CV	1995 MICS1	2001 MICS2	Objectifs de la décennie	Ecart 2001 par rapport à l'objectif du SME
BCG	67	47	51	90	- 39
DTCoq3	35	27	28	80	- 52
VPO3	34	28	39	80	- 41
VAR	38	39	39	80	- 41



La couverture vaccinale a très peu varié durant la décennie. La couverture du BCG s'est inscrite en baisse entre 1991 et 1995 pour amorcer une légère augmentation depuis lors. La tendance des autres antigènes semble être à la stagnation. Aucun antigène ne se rapproche des objectifs fixés au Sommet Mondial pour les Enfants. L'écart est plus prononcé en ce qui concerne le DTCoq3.

Depuis sa création en 1978 jusqu'en 1990, le PEV s'est développé et a permis d'atteindre une couverture vaccinale satisfaisante grâce à l'appui de la coopération bilatérale. Cependant, entre 1990 et 1996, le programme a perdu l'essentiel de ses ressources suite au départ de son principal bailleur, l'USAID. Ce contexte a été aggravé par la guerre.

La conséquence a été le dysfonctionnement du PEV et la baisse de la qualité de l'appui apporté aux zones de santé. Par ailleurs, le nombre de centres de santé qui offrent des services de vaccination a fortement diminué suite, entre autres, à la démotivation et à la désertion du personnel formé.

Encadré 6.3

On observe un dysfonctionnement du PEV depuis 1990. Aussi la couverture vaccinale ne s'est-elle pas améliorée depuis lors.

Depuis 1998, grâce aux efforts du gouvernement et à l'appui apporté par les principaux partenaires dans le cadre de l'Initiative Mondiale de l'Eradication de la Poliomyélite, les activités de vaccination ont redémarré dans la plupart des centres de santé. Ce démarrage est lié, entre autres, au renouvellement de la chaîne de froid, à la formation et à la supervision du personnel.

6.2. COUVERTURE VACCINALE DES FEMMES AVEC ENFANTS DE 0 A 11 MOIS

Le tétanos est une maladie grave chez le nouveau-né. Si la mère n'a pas reçu un nombre suffisant de doses de vaccin antitétanique, ni elle, ni le nouveau-né n'en sont protégés. Un enfant est donc protégé à la naissance contre le tétanos néonatal lorsque sa mère a reçu au moins deux doses valides de vaccin anti-tétanique (VAT) soit au cours de la dernière grossesse soit dans les trois ans qui ont précédé la naissance de l'enfant. Le tableau 6.5 indique la couverture vaccinale des mères contre le tétanos selon diverses caractéristiques socio-démographiques.

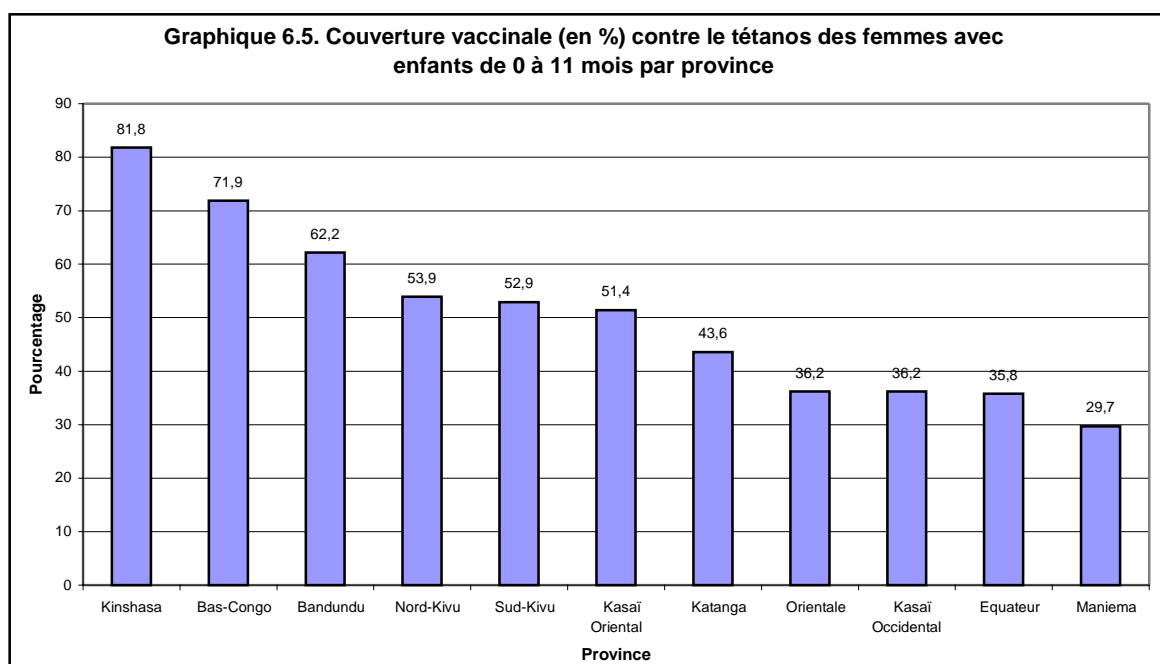
Tableau 6.5 : Couverture vaccinale (en %) contre le tétanos des mères d'enfants de moins de 12 mois

Caractéristiques	A reçu au moins 2 doses au cours de 3 dernières années	A reçu au moins 3 doses au cours de 10 dernières années	A reçu au moins 5 doses au cours de la vie	Couverture vaccinale des femmes avec enfants de 0 à 11 mois	Effectifs de femmes
Milieu de résidence					
Urbain	69,2	2,7	0,4	72,3	800
Rural	38,4	2,7	0,0	41,0	1.866
Province					
Kinshasa	79,4	2,4	0,0	81,8	239
Bas-Congo	69,2	2,7	0,0	71,9	173
Bandundu	59,5	2,7	0,0	62,2	314
Equateur	30,3	5,5	0,0	35,8	245
Orientale	35,0	1,2	0,8	36,2	317
Nord-Kivu	47,7	5,5	0,0	53,9	177
Sud-Kivu	47,6	5,3	2,4	52,9	206
Maniema	26,1	1,2	0,0	29,7	77
Katanga	42,6	1,0	0,0	43,6	369
Kasaï Oriental	49,2	2,3	0,0	51,4	257
Kasaï Occidental	34,7	1,5	0,4	36,2	291
Niveau de pauvreté					
Plus pauvres	28,6	2,1	0,0	30,7	564
Pauvres	37,8	2,8	0,3	40,9	554
Moyens	46,2	2,5	0,1	48,9	565
Riches	54,0	2,5	0,1	56,6	540
Plus riches	78,0	3,7	0,0	81,7	443
Niveau d'instruction de la mère					
Sans instruction	34,7	1,9	0,3	37,0	742
Primaire	44,2	2,6	0,0	46,8	1.174
Secondaire ou plus	65,2	3,6	0,1	68,9	730
Ensemble du pays	47,6	2,7	0,1	50,4	2.666

La moitié des mères d'enfants de 0-11 mois sont protégées grâce à une dose suffisante de vaccin anti-tétanique reçue au cours ou avant la dernière grossesse.

La couverture vaccinale des femmes contre le tétanos néonatal varie selon le niveau de pauvreté et le niveau d'instruction de la mère. Elle est faible parmi les femmes des ménages les plus pauvres (31%), élevée chez les femmes des ménages les plus riches (82%). Cette situation serait liée à l'accessibilité économique aux services de vaccination. Si la politique nationale du PEV recommande la gratuité des vaccinations, les formations sanitaires font payer des frais pour obtenir les services, dont la carte de vaccination, ce qui exclurait davantage les familles pauvres que les riches. La sous-information des femmes pauvres et moins instruites joue sans doute aussi un rôle important dans ce faible accès à la vaccination, ainsi que les coûts d'opportunité pour les mères qui préféreraient s'adonner plutôt aux activités de lutte quotidienne pour la survie.

Une différence de couverture vaccinale VAT est observée entre les femmes qui résident en milieu urbain (72%) et celles qui vivent en milieu rural (41%). Des disparités sont également observées entre les différentes provinces du pays.



Comme le montre le graphique 6.5, Kinshasa et les provinces du Bas-Congo et du Bandundu ont des taux de couverture de VAT les plus élevés, tandis que le Maniema, l'Equateur, la Province Orientale ainsi que le Kasaï Occidental accusent les taux les plus bas.

Le niveau d'instruction discrimine également les femmes en ce qui concerne le taux de couverture du VAT. Plus la femme est instruite, plus élevée est la couverture. On observe que la couverture des femmes sans instruction est environ deux fois inférieure à celle des femmes ayant le niveau secondaire ou plus.

6.3. JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION

Dans le cadre de l'Initiative Mondiale pour l'Eradication de la Poliomyélite, la RDC organise depuis 1998 ces journées, avec comme objectif de vacciner tous les enfants de moins de 5 ans. L'enquête MICS2 a voulu connaître la proportion d'enfants de 12 à 23 mois qui ont été atteints à chacune des phases des Journées Nationales de Vaccination (JNV) organisées en 2000. Le tableau 6.6 présente la couverture de 2.239 enfants de 12 à 23 mois aux différentes phases des JNV/2000.

Tableau 6.6 : Couverture (en %) par le vaccin polio des enfants de 12 à 23 mois au cours des JNV/2000 selon le milieu de résidence et la province

Caractéristiques	Couverture				Effectifs des enfants
	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Les 3 phases	
Milieu de résidence					
Urbain	72,6	73,4	73,4	64,9	872
Rural	62,5	62,0	61,2	48,7	1.818
Province					
Kinshasa	70,9	72,4	72,4	63,5	326
Bas-Congo	77,2	81,4	81,0	71,3	237
Bandundu	69,3	74,0	71,4	60,2	231
Equateur	56,8	53,4	55,6	36,8	234
Orientale	63,3	61,2	57,0	50,6	237
Nord-Kivu	63,7	65,2	65,7	52,7	201
Sud-Kivu	58,9	49,1	46,7	40,2	214
Maniema	56,8	52,4	44,5	34,8	227
Katanga	65,9	68,6	68,2	58,4	255
Kasaï Oriental	74,3	73,6	76,1	66,9	284
Kasaï Occidental	61,5	64,8	70,1	49,6	244
Ensemble du pays	65,8	65,7	65,1	54,0	2.690

Pour l'ensemble du pays, la couverture des enfants de 12 à 23 mois se situe autour de 66%, d'une phase des JNV à une autre. Les JNV ont atteint plus d'enfants des milieux urbains que ceux des milieux ruraux.

Ces résultats démontrent la faiblesse de la stratégie vaccinale fixe qui consiste à faire venir les enfants dans les centres de vaccination. En effet, en 2000, la stratégie dite de « porte à porte » qui consiste en une recherche active des enfants par les vaccinateurs, venait à peine d'être expérimentée dans certaines villes. A cela il faut ajouter le contexte de guerre et d'insécurité qui a rendu certaines zones de santé inaccessibles.

Il n'existe pas de grands écarts entre les trois phases dans toutes les provinces ; les résultats les plus faibles ont été enregistrés au Maniema, à l'Equateur et au Sud-Kivu. Les taux les plus élevés sont observés au Bas-Congo au cours de toutes les phases.

6.4. DEPERDITION DES VACCINATIONS

On parle de déperdition ou abandon lorsque la mère ou l'enfant qui a eu recours aux vaccinations précédentes n'est plus revenu pour les vaccinations suivantes. L'abandon fait que l'enfant ou la mère n'est pas immunisé contre la maladie concernée. Les différents taux d'abandons sont les suivants: 41% pour le DTCoq ; 24% pour le BCG - VAR et 17% pour le DTCoq1-VAR.

Un enfant est immunisé contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche si et seulement s'il reçoit les 3 doses de DTCoq dans un intervalle minimum de 4 semaines entre les différentes doses de DTCoq. Près de la moitié des enfants qui ont reçu la première dose ne sont pas protégés puisqu'ils ne sont pas revenus pour la 3e dose.

Le BCG, quant à lui, est le premier vaccin administré à l'enfant à la naissance ou dans les quatorze jours qui suivent sa naissance. Il traduit l'accessibilité aux services de vaccination. Les données de l'enquête MICS2 indiquent que parmi ceux qui ont utilisé les services de vaccination, 24% d'entre eux ont abandonné et donc n'ont pas reçu le VAR.

Le DTCoq1 est un indicateur indirect de la demande des services de vaccination par la population ; il traduit donc l'utilisation des services de vaccination. La proportion des enfants qui ont eu recours aux vaccinations DTCoq1 et qui ne sont pas revenus pour les vaccinations contre la rougeole, considérée comme dernier antigène de l'enfant avant son premier anniversaire, aura été de 17%.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces abandons :

- l'insuffisance de la communication : les mères ne savent pas toujours qu'elles doivent revenir pour les autres doses ;
- le mauvais accueil des clients ;
- les ruptures fréquentes en vaccins ;
- la démotivation du personnel de santé suite aux salaires impayés ;
- le coût d'opportunité pour les ménages pauvres, c'est-à-dire que les mères préfèrent donner priorité aux activités de survie que de conduire leurs enfants à la vaccination.

CONCLUSION

Ce chapitre a analysé la couverture vaccinale des enfants et des mères. Il ressort que:

- les cartes de vaccination n'ont été vues que pour 20% d'enfants au moment de l'enquête et près de la moitié (44%) ne disposaient pas de carte de vaccination;
- les couvertures vaccinales des enfants de 12 à 23 mois de tous les antigènes avant le premier anniversaire sont faibles : 51% pour la tuberculose; 39% pour la rougeole; 39% pour la polio et 28% pour la diphtérie, le tétanos et la coqueluche;
- 19% d'enfants n'ont été vaccinés contre aucune maladie;
- la couverture vaccinale est plus faible chez les enfants des ménages les plus pauvres, résidant en milieu rural, dont les mères sont sans instruction, et dans les provinces de Maniema, de l'Equateur, du Sud-Kivu, et de la Province Orientale;
- la moitié seulement des mères d'enfants de 0-11 mois est protégée contre le tétanos néonatal;
- dans l'ensemble du pays, 69% d'enfants de 12-23 mois ont été vaccinés contre la polio à chacune des phases des Journées Nationales de Vaccination organisées en 2000.

La RDC n'a donc pas atteint l'objectif de couverture vaccinale fixé pour la fin de la décennie.

La faible disponibilité des vaccins, l'accessibilité limitée aux services de vaccination, l'insuffisance des stratégies additionnelles pour atteindre les populations d'accès difficile, la faible utilisation des services de vaccination par les populations, la mauvaise organisation de ces services et les limites des différentes stratégies de mobilisation de la communauté sont autant de facteurs à la base de la faible couverture vaccinale. A cela il faut ajouter la situation de guerre et l'insécurité dont le pays est victime. Le niveau de pauvreté et d'instruction des mères déterminent aussi la couverture vaccinale.

INTRODUCTION

Ce chapitre analyse l'état nutritionnel des enfants et des mères. Il s'articule en six points. Le premier point traite de l'état nutritionnel (section 7.1). Le deuxième explore les pratiques d'alimentation des nouveau-nés et des nourrissons (section 7.2). Le troisième examine l'insuffisance pondérale à la naissance (section 7.3). Les quatrième et cinquième points analysent les données relatives à la lutte contre les carences en micro-nutriments : la consommation du sel iodé et la supplémentation en vitamine A (section 7.4 et 7.5). Le dernier point discute des pratiques liées à la consultation prénatale (section 7.6).

En 1990, le Sommet Mondial pour les Enfants avait fixé pour l'ensemble des pays les objectifs nutritionnels suivants à atteindre d'ici à l'an 2000 :

- objectif 3 : réduction de moitié de la malnutrition sévère et modérée chez les enfants de moins de 5 ans ;
- objectif 9 : accorder une attention particulière à la santé et la nutrition des filles et aux femmes qui sont enceintes et qui allaitent ;
- objectif 12 : réduction du taux d'insuffisance pondérale à la naissance (moins de 2,5 kg) à moins de 10% ;
- objectif 14 : élimination quasi totale de la carence en iode ;
- objectif 15 : élimination quasi totale de la carence en vitamine A et de ses effets, y compris la cécité ;
- objectif 16 : permettre aux femmes de nourrir leurs enfants exclusivement au sein pendant six mois et de continuer à les allaiter tout en leur donnant des aliments de complément ;
- objectif 17 : promotion de la croissance et sa surveillance régulière à être institutionnalisées dans tous les pays à la fin des années 1990.

L'enquête MICS1 a montré que la situation nutritionnelle du pays était préoccupante en 1995: la malnutrition chronique modérée ou sévère était de 45%, la malnutrition aiguë sévère de 4% et l'insuffisance pondérale modérée ou sévère de 34%. Les troubles dus à la carence en iode (TDCI) étaient aussi un grand problème de santé: seulement 18% de la population consommaient du sel iodé. Par ailleurs, 32% des enfants de moins de 4 mois étaient allaités au sein de manière exclusive.

7.1. ETAT NUTRITIONNEL

7.1.1. Etat nutritionnel des enfants

L'état nutritionnel des enfants est évalué au moyen de trois indices anthropométriques calculés à partir du poids, de la taille et de l'âge de l'enfant mesurés au moment de l'enquête⁽¹⁾ : la taille par rapport à l'âge, le poids par rapport à la taille et le poids par rapport à l'âge. Suivant les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'état nutritionnel des enfants est comparé à celui de la population de référence internationale⁽²⁾. Dans une population en bonne santé et bien nourrie,

⁽¹⁾ Le poids de l'enfant a été mesuré à 100 grammes près à l'aide des balances électroniques uniscales (pèse-personne SECA Unicef 890). La taille a été mesurée au millimètre près à l'aide des microtoises, dans la position couchée pour les enfants de moins de deux ans et debout pour les enfants de deux ans ou plus.

⁽²⁾ Référence établie par le National Center for Health Statistics, Center for Disease Control, World Health Organisation (NCHS/CDC/WHO).

on s'attend à ce que seulement 2,3% des enfants se situent à moins deux écarts-types (malnutrition modérée ou sévère) dont 0,1% à moins trois écarts-types (malnutrition sévère), en-dessous de la médiane pour chacun des trois indices de nutrition.

Les mesures anthropométriques ont porté sur 9.454 enfants de moins de 5 ans. De cet effectif, 360 enfants, soit 3,8%, n'avaient pas de données sur le poids ou la taille. Par ailleurs, pendant le calcul des indices de malnutrition, 456 enfants soit 4,8%, ont été exclus pour incohérence d'informations entre l'âge, la taille et le poids. En définitive, le calcul des indicateurs a porté sur 8.638 enfants.

7.1.1.1. Malnutrition chronique (taille pour âge)

L'indice taille/âge (ou retard de croissance) est un indice de croissance linéaire qui reflète le passé nutritionnel de l'enfant. Il mesure des effets à long terme de la sous-nutrition et varie très peu en fonction de la saison de collecte des données. C'est ainsi qu'il est aussi appelé indicateur de malnutrition chronique.

Le tableau 7.1 présente la proportion d'enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition chronique selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Il montre que 38% d'enfants souffrent de malnutrition chronique (inférieur à 2 écarts-types), dont 20% sous une forme sévère (inférieur à 3 écarts-types). Ces niveaux sont respectivement 15 fois et 200 fois plus élevés que ceux à quoi on s'attend dans une population où les enfants sont en bonne santé.

Toutes les provinces du pays, à l'exception de Kinshasa (20%), de Bandundu (37%) et du Kasaï Oriental (37%) ont une prévalence de malnutrition chronique qui dépasse la moyenne nationale. Les taux les plus élevés sont observés dans les provinces du Sud-Kivu (48%), du Maniema (46%) et du Nord-Kivu (45%). Ceci dénote la gravité de la situation nutritionnelle des enfants dans ces provinces.

La malnutrition chronique est plus accentuée en milieu rural (43%) qu'en milieu urbain (29%). Les différences entre garçons (40%) et filles (36%) ne sont pas prononcées.

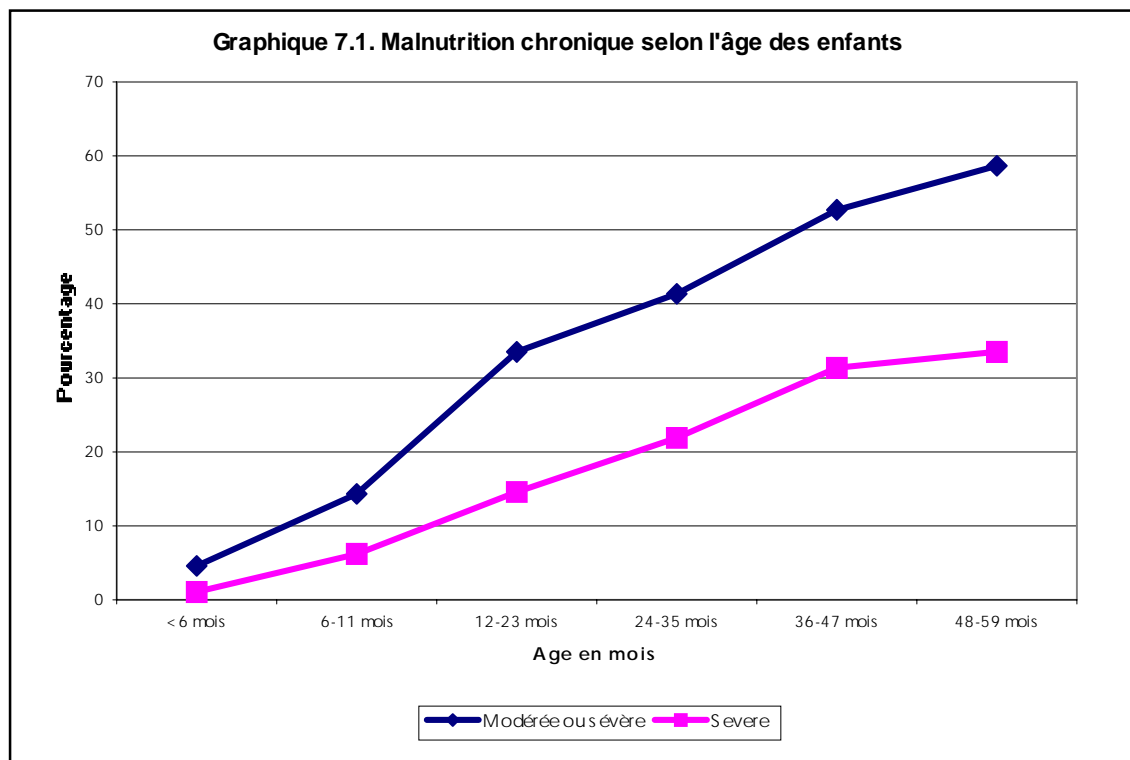
Encadré 7.1

Le niveau de malnutrition chronique est 15 fois plus élevé en RDC (38%) que celui auquel on s'attend dans une population où les enfants sont en bonne santé et bien nourris.

Tableau 7.1 : Prévalence de la malnutrition chronique (taille pour âge) chez les enfants de moins de 5 ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Niveau de malnutrition en %		
	Modérée ou sévère < 2 ET	Sévère < 3 ET	Effectifs des enfants
Milieu résidence			
Urbain	28,9	13,4	2.829
Rural	42,6	23,7	5.809
Province			
Kinshasa	19,9	8,4	844
Bas-Congo	43,1	23,6	614
Bandundu	36,7	19,6	1.134
Equateur	40,7	20,4	211
Province Orientale	39,8	20,9	1.140
Nord-Kivu	45,4	24,2	653
Sud-Kivu	47,6	27,5	625
Maniema	45,5	24,6	241
Katanga	38,3	19,5	1.351
Kasaï Oriental	36,6	20,4	865
Kasaï Occidental	38,7	21,7	960
Niveau de pauvreté			
Plus pauvres	43,0	24,2	1.582
Pauvres	42,4	23,1	1.739
Moyens	41,3	22,5	1.863
Riches	39,3	20,9	1.776
Plus riches	24,5	10,8	1.678
Niveau d'instruction de la mère			
Sans instruction	44,5	25,7	2.376
Primaire	40,0	21,0	3.651
Secondaire ou plus	29,8	14,4	2.526
Programme non formel	30,1	19,8	81
Sexe de l'enfant			
Masculin	40,3	21,3	4.336
Féminin	36,0	19,4	4.302
Tranche d'âge			
< 6 mois	4,7	1,1	888
6 – 11 mois	14,2	6,3	963
12 – 23 mois	33,4	14,5	1.874
24 – 35 mois	41,4	21,9	1.678
36 – 47 mois	52,7	31,4	1.525
48 – 59 mois	58,7	33,4	1.646
Ensemble du pays	38,2	20,3	8.638

Le retard de croissance commence à se manifester de manière marquée après les douze premiers mois de la vie et s'accroît par la suite. Ainsi plus d'un enfant sur deux parmi ceux âgés de plus de trois ans souffre de retard de croissance.



La prévalence du retard de croissance diminue quand augmente le niveau de richesse. Elle est de 43% dans les ménages les plus pauvres mais tombe à 25% dans ceux les plus riches. Les enfants dont les mères n'ont aucune instruction sont plus touchés (45%) que ceux dont les mères ont un niveau d'instruction secondaire ou plus (30%).

Entre 1995 et 2001, la prévalence de la malnutrition chronique modérée ou sévère est passée de 45% à 38% et celle de la malnutrition chronique sévère est passée de 25% à 20%. Les taux de malnutrition sont encore très élevés.

7.1.1.2. Malnutrition aiguë (poids pour taille)

L'indice poids/taille (ou émaciation) fournit une indication sur l'état nutritionnel du moment. Cette forme de malnutrition dite aiguë est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation ou peut être le résultat de maladies provoquant une perte de poids.

Parmi les 8.638 enfants examinés, 13% souffrent de malnutrition aiguë. Parmi eux, 3% souffrent de malnutrition aiguë sévère. Ces niveaux sont respectivement 5 fois et 30 fois plus élevés que ceux à quoi on s'attend dans une population où les enfants sont en bonne santé et bien nourris.

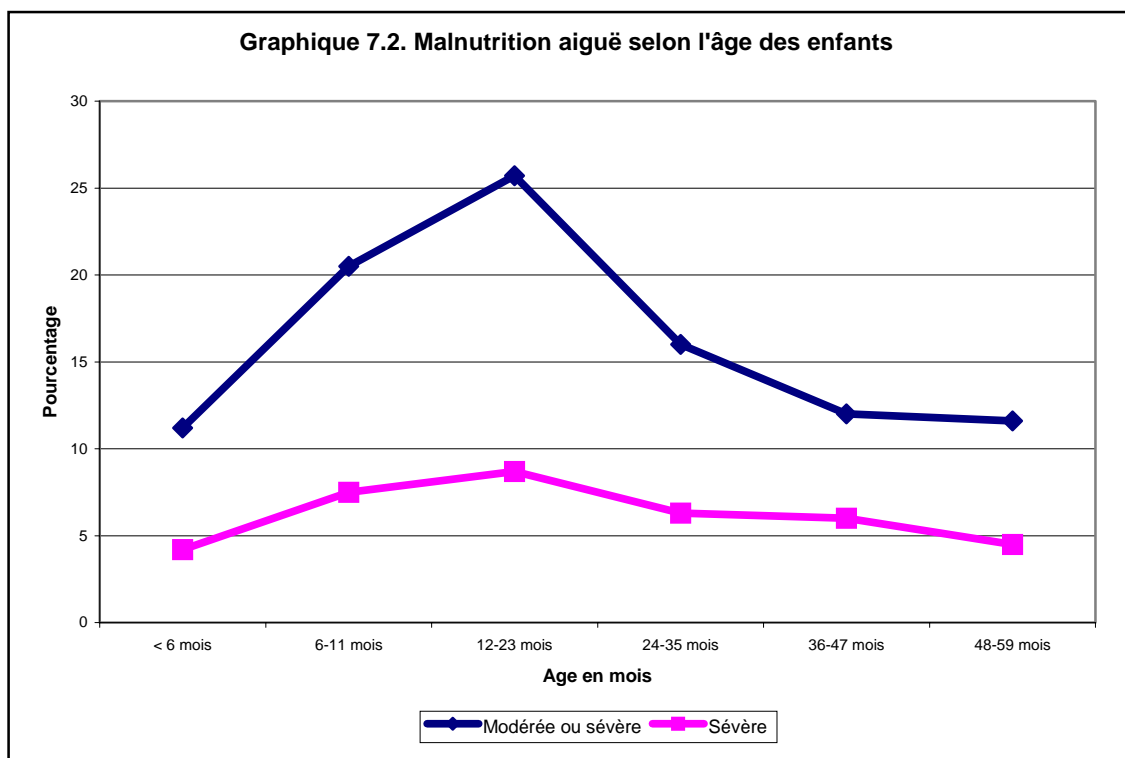
Les niveaux de malnutrition aiguë sont plus élevés au Bandundu et au Kasai Occidental (17%), ainsi qu'à l'Equateur (16%) et au Katanga (15%). C'est dans la province du Bas-Congo que le taux est le plus faible (9%).

Il y a peu de différence dans la prévalence de la malnutrition aiguë selon le milieu de résidence et le sexe de l'enfant. Les enfants des ménages les plus riches et ceux des mères les plus instruites présentent des niveaux de malnutrition plus bas que ceux des autres catégories.

Tableau 7.2 : Prévalence de la malnutrition aiguë (poids pour taille) chez les enfants de moins de 5 ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Niveau de malnutrition (%)		Effectif des enfants
	Modérée ou sévère < 2 ET	Sévère < 3 ET	
Milieu de résidence			
Urbain	12,1	2,5	2.829
Rural	14,1	3,4	5.809
Province			
Kinshasa	14,3	2,7	844
Bas-Congo	9,2	1,4	614
Bandundu	16,5	4,5	1.134
Equateur	16,2	4,4	211
Province Orientale	9,6	1,4	1.140
Nord-Kivu	9,9	3,1	653
Sud-Kivu	12,2	4,1	625
Maniema	9,5	3,0	241
Katanga	15,1	3,1	1.351
Kasaï Oriental	14,2	3,5	865
Kasaï Occidental	16,9	3,9	960
Niveau de pauvreté			
Plus pauvres	13,0	2,9	1.582
Pauvres	15,4	3,1	1.739
Moyens	13,8	3,3	1.863
Riches	13,7	3,9	1.776
Plus riches	11,1	2,3	1.678
Niveau d'instruction de la mère			
Sans instruction	15,4	3,6	2.376
Primaire	13,5	3,3	3.651
Secondaire ou plus	11,3	2,4	2.526
Programme non formel	16,2	2,9	81
Sexe de l'enfant			
Masculin	14,8	3,4	4.336
Féminin	12,1	2,8	4.302
Tranche d'âge			
< 6 mois	8,7	1,8	888
6 – 11 mois	17,8	4,7	963
12 – 23 mois	21,8	4,6	1.874
24 – 35 mois	12,6	3,0	1.678
36 – 47 mois	8,5	2,4	1.525
48 – 59 mois	9,0	1,9	1.646
Ensemble du pays	13,4	3,1	8.638

Les enfants âgés de 6 à 11 mois et de 12 à 23 mois sont plus atteints par la malnutrition aiguë, respectivement 18% et 22%. Il est donc indispensable que l'allaitement maternel continue et qu'une bonne alimentation complémentaire soit donnée à l'enfant dans ces tranches d'âge.



L'enquête MICS2 a collecté des données sur les enfants présentant des oedèmes bilatéraux qui sont un signe manifeste du kwashiorkor. Les enquêteurs ont été formés à reconnaître ces oedèmes liés à la malnutrition. Théoriquement, une prévalence des œdèmes de plus de 2% dénote une situation catastrophique de malnutrition⁽¹⁾. Le tableau 7.3 présente la prévalence de la malnutrition aiguë qui tient compte des oedèmes.

L'enquête a identifié 3% d'enfants avec oedèmes. Ces enfants sont présents dans toutes les provinces; à Kinshasa et au Bas-Congo ils représentent moins de 2%. La prévalence des œdèmes avoisine 7% dans les deux Kivu. Les cas d'œdème sont plus fréquents en milieu rural (5%) qu'en milieu urbain (0,4%).

Encadré 7.2

Une prévalence des œdèmes de plus de 2% dénote une situation catastrophique. Or elle est de 3% en RDC.

En tenant compte des oedèmes dans l'analyse de la malnutrition aiguë sévère⁽²⁾, on constate des différences plus marquées selon le milieu de résidence, le niveau de pauvreté et le niveau d'instruction de la mère.

⁽¹⁾ Les œdèmes ont été appréciés en observant les signes de godet (une dépression) sur les deux jambes après une pression de trois secondes.

⁽²⁾ Le calcul de la malnutrition aiguë en tenant compte des œdèmes prend au numérateur les enfants mal-nourris sans œdèmes auquel on ajoute les enfants présentant des œdèmes, et au dénominateur l'effectif de tous les enfants de moins de cinq ans dont les mesures anthropométriques sont cohérentes.

Tableau 7.3 : Prévalence de la malnutrition aiguë (poids pour taille en tenant compte des œdèmes) chez les enfants de moins de 5 ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Niveau de malnutrition (en %) (En tenant compte des œdèmes)		Œdèmes	
	Modérée ou sévère < 2 ET + œdèmes	Sévère < 3 ET + œdèmes	% d'enfants avec œdèmes	Effectif des enfants
Milieu de résidence				
Urbain	12,2	2,6	0,4	2.829
Rural	18,1	8,0	4,9	5.809
Province				
Kinshasa	14,3	2,7	0,1	844
Bas-Congo	10,0	2,4	1,0	614
Bandundu	18,5	7,5	3,7	1.134
Equateur	17,8	6,1	2,4	211
Province Orientale	12,9	5,3	4,0	1.140
Nord-Kivu	16,8	10,5	7,7	653
Sud-Kivu	17,5	9,8	6,1	625
Maniema	11,2	5,1	2,1	241
Katanga	17,4	5,7	3,0	1.351
Kasaï Oriental	17,8	7,3	4,2	865
Kasaï Occidental	19,5	6,7	3,0	960
Niveau de pauvreté				
Plus pauvres	16,9	7,4	4,8	1.582
Pauvres	18,9	7,3	4,5	1.739
Moyens	17,5	7,5	4,7	1.863
Riches	16,3	6,6	3,0	1.776
Plus riches	11,1	2,4	0,1	1.678
Niveau d'instruction de la mère				
Sans instruction	19,9	8,6	5,3	2.376
Primaire	16,3	6,6	3,6	3.651
Secondaire ou plus	12,3	3,7	1,5	2.526
Programme non formel	19,6	7,8	4,9	81
Sexe de l'enfant				
Masculin	17,3	6,4	3,3	4.336
Féminin	15,0	6,2	3,6	4.302
Tranche d'âge				
< 6 mois	11,0	4,1	2,3	888
6 – 11 mois	20,0	7,4	2,9	963
12 – 23 mois	24,8	8,5	4,2	1.874
24 – 35 mois	15,5	6,2	3,7	1.678
36 – 47 mois	11,7	5,9	3,8	1.525
48 – 59 mois	11,3	4,4	2,9	1.646
Ensemble du pays	16,1	6,2	3,4	8.638

La prévalence de la malnutrition aiguë sévère avec œdèmes est de 8% en milieu rural contre 3% en milieu urbain. Elle est deux fois plus élevée chez les enfants des mères n'ayant aucun niveau d'instruction (9%) que chez ceux des mères ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (4%).

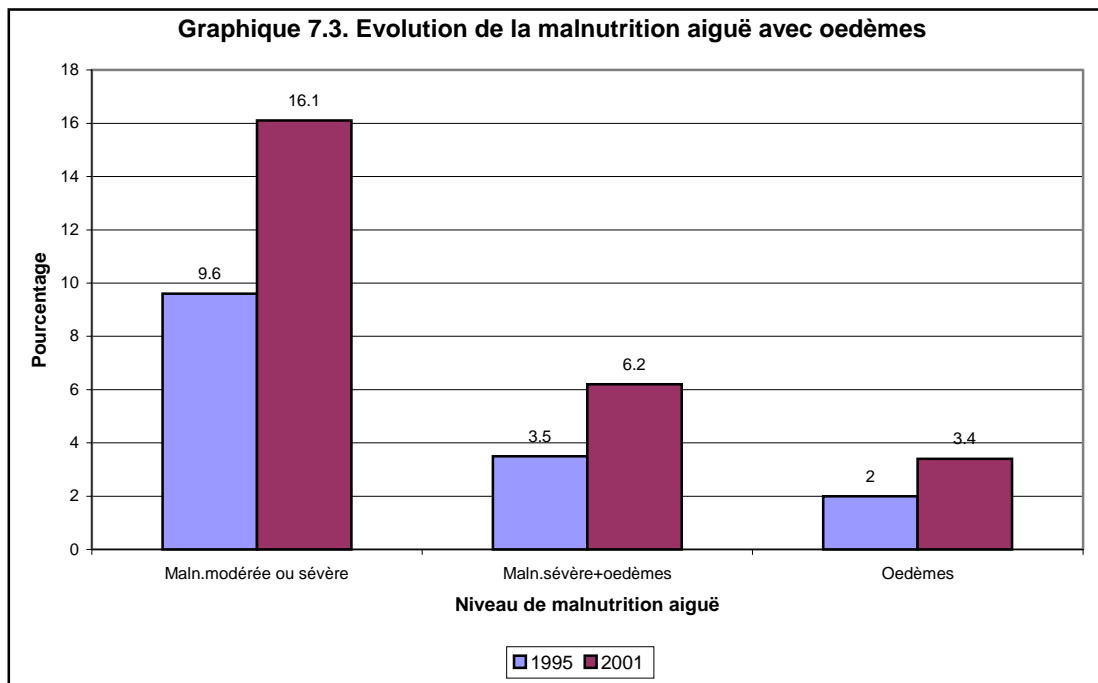
De même, elle est 4 fois plus élevée chez les enfants des ménages les plus pauvres (8%), par rapport aux enfants des ménages les plus riches (2%).

Encadré 7.3

La malnutrition aiguë avec œdèmes a fort augmenté entre 1995 (10%) et 2001 (16%) en RDC. Elle est particulièrement élevée dans les deux Kivu.

En comparant les niveaux de malnutrition aiguë avec ceux qui prévalaient lors de l'évaluation à mi-parcours réalisée en 1995 (MICS1), on note une détérioration sensible de la situation nutritionnelle des enfants, comme le montre le graphique 7.3.

La prévalence actuelle de malnutrition aiguë modérée ou sévère avec œdèmes est de 16% en 2001 contre 10% en 1995. La situation s'est donc fortement aggravée. L'augmentation de la proportion d'enfants avec œdèmes de 2% à 3% témoigne de cette aggravation.



7.1.1.3. Insuffisance pondérale (poids pour âge)

L'indice poids/âge (ou insuffisance pondérale) reflète à la fois les effets du moment et du passé, c'est-à-dire les effets combinés de l'émaciation et du retard de croissance. C'est l'indicateur le plus classique et le plus simple utilisé par les services de santé.

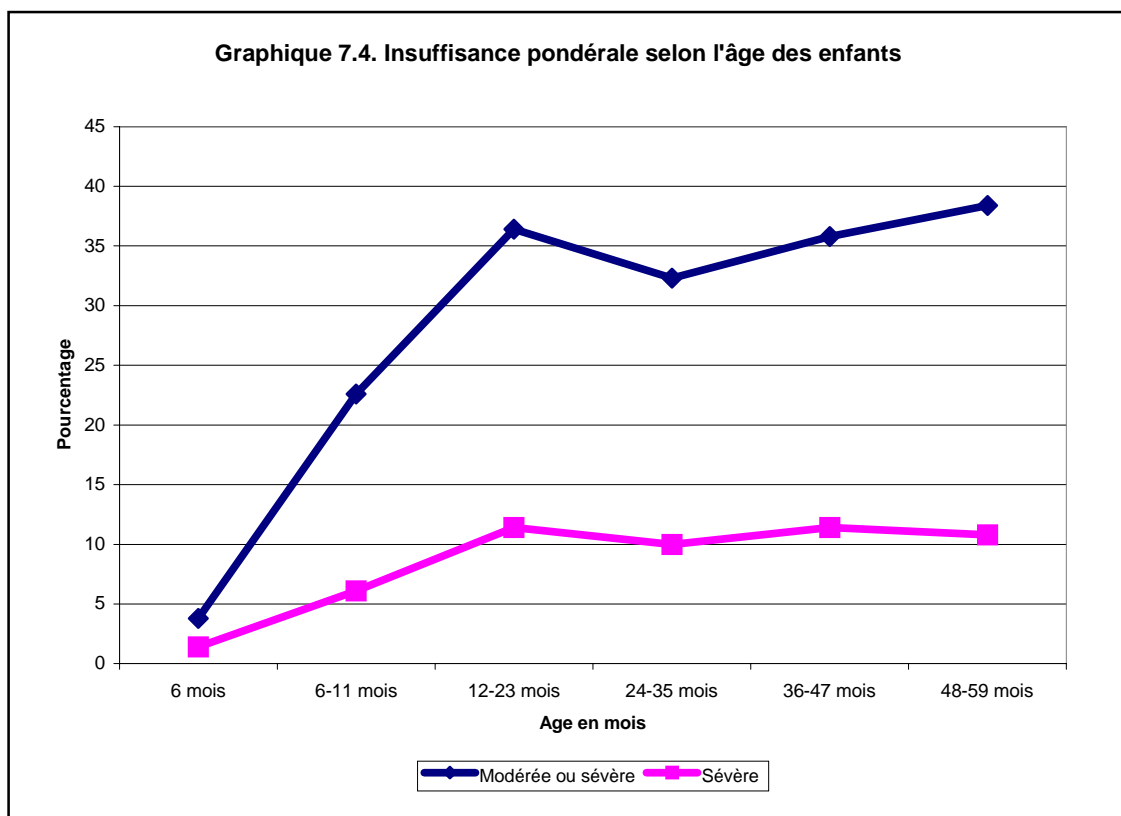
Le tableau 7.4 donne les proportions d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale. Sur un total de 8.638 enfants, 31% ont une insuffisance pondérale, dont 9% accusent une insuffisance pondérale sévère.

Les variations de l'insuffisance pondérale selon les différentes caractéristiques socio-démographiques suivent presque les mêmes tendances que celles observées pour le retard de croissance. Toutes les provinces du pays, à l'exception de Kinshasa, du Kasai Oriental, et de la province Orientale ont des taux d'insuffisance pondérale supérieurs à la moyenne nationale. La prévalence de l'insuffisance pondérale est plus élevée en milieu rural (36%) qu'en milieu urbain (22%).

Tableau 7.4 : Prévalence de l'insuffisance pondérale (poids pour âge) des enfants de moins de 5 ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Niveau d'insuffisance pondérale (en %)		
	Modérée ou sévère < 2 ET	Sévère < 3 ET	Effectif des enfants
Milieu résidence			
Urbain	22,0	5,1	2.829
Rural	35,5	11,5	5.809
Province			
Kinshasa	18,2	4,2	844
Bas-Congo	35,3	10,8	614
Bandundu	34,4	10,7	1.134
Equateur	31,4	8,8	211
Province Orientale	26,3	7,1	1.140
Nord-Kivu	33,6	7,9	653
Sud-Kivu	35,1	13,3	625
Maniema	37,5	9,1	241
Katanga	32,9	11,5	1.351
Kasaï Oriental	29,9	9,5	865
Kasaï Occidental	33,7	10,1	960
Niveau de pauvreté			
Plus pauvres	35,4	11,1	1.582
Pauvres	37,6	12,3	1.739
Moyens	33,6	10,8	1.863
Riches	29,6	8,5	1.776
Plus riches	18,8	4,3	1.678
Niveau d'instruction de la mère			
Sans instruction	38,3	13,0	2.376
Primaire	33,3	10,1	3.651
Secondaire ou plus	21,1	5,2	2.526
Programme non formel	25,5	5,8	81
Sexe de l'enfant			
Masculin	32,9	9,6	4.336
Féminin	29,2	9,2	4.302
Tranche d'âge			
< 6 mois	3,8	1,4	888
6 – 11 mois	22,6	6,1	963
12 – 23 mois	36,4	11,4	1.874
24 – 35 mois	32,3	10,0	1.678
36 – 47 mois	35,8	11,4	1.525
48 – 59 mois	38,4	10,8	1.646
Ensemble du pays	31,1	9,4	8.638

Il y a une légère différence en défaveur des garçons. La variation selon l'âge montre que les enfants sont moins touchés durant les six premiers mois de la vie. A partir de cet âge, la situation se dégrade et après le premier anniversaire, plus d'un enfant sur trois souffre d'une insuffisance pondérale. Ainsi, la prévalence est maximale entre 48-59 mois et est élevée depuis le premier anniversaire.



L'insuffisance pondérale touche un enfant sur cinq des ménages les plus riches mais plus d'un enfant sur trois parmi les enfants des ménages les plus pauvres. Elle atteint 38% des enfants des mères sans instruction contre 26% des enfants des mères de niveau d'instruction secondaire ou plus.

Il n'y a pas vraiment eu d'amélioration de l'insuffisance pondérale depuis 1995 : la prévalence est passée de 34% à 31% durant la période.

7.1.2. Etat nutritionnel des mères

Le statut nutritionnel a été appréhendé pour les mères non enceintes à travers l'indice de masse corporelle (IMC) appelé aussi indice de Quételet. C'est le rapport du poids en kg au carré de la taille en mètre. Cet indice permet de déterminer le degré du déficit calorique présenté par une personne adulte. Lorsque l'indice est inférieur à 18,5 la malnutrition est dite modérée ou sévère. Elle est sévère lorsque l'indice est inférieur à 16. Des valeurs supérieures à 30 dénotent une surcharge pondérale modérée ou sévère et celles supérieures à 40 dénotent une surcharge pondérale sévère.

Le tableau 7.5 présente l'état nutritionnel des mères selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 7.5 : Répartition (en %) des mères non enceintes selon l'indice de masse corporelle (IMC) et certaines caractéristiques socio-démographiques

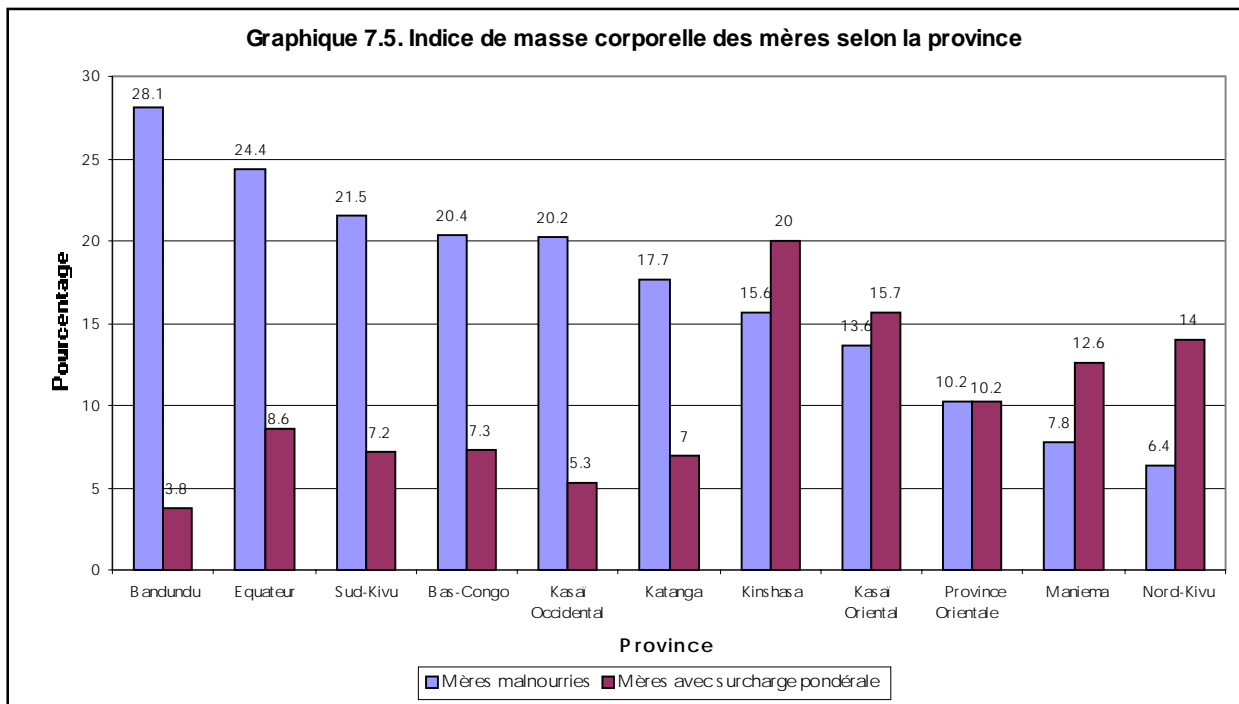
Caractéristiques	Malnutrition sévère < 16,0	Malnutrition modérée 16,0-16,9	Malnutrition légère 17-18,4	Mères mal nourries < 18,5	Normal 18,5-24,9	Surcharge légère 25-30	Surcharge modérée 31-40
Milieu résidence							
Urbain	1,7	2,4	9,1	13,2	69,2	12,6	4,5
Rural	2,7	4,2	12,3	19,2	74,5	5,3	0,7
Province							
Kinshasa	2,0	3,9	9,8	15,6	64,4	14,1	5,4
Bas-Congo	6,1	3,5	10,5	20,4	72,3	4,7	2,6
Bandundu	3,3	6,5	18,1	28,1	68,1	2,7	0,8
Equateur	4,9	5,6	13,9	24,4	67,0	8,3	0,3
Orientale	0,5	1,3	8,4	10,2	79,4	9,1	1,1
Nord-Kivu	0,5	1,1	4,8	6,4	79,3	10,7	3,3
Sud-Kivu	5,3	5,0	11,3	21,5	70,6	7,2	0,0
Maniema	0,0	3,0	4,8	7,8	79,5	10,2	1,2
Katanga	2,1	3,1	12,5	17,7	75,0	5,5	1,3
Kasaï Oriental	2,0	2,3	9,2	13,6	70,6	11,4	3,8
Kasaï Occidental	1,2	5,4	13,7	20,2	74,3	5,1	0,2
Niveau de pauvreté							
Plus pauvres	2,9	4,0	13,7	20,7	73,0	5,7	0,6
Pauvres	2,0	4,5	13,9	20,4	74,0	4,3	0,7
Moyens	2,4	4,8	11,2	18,5	74,9	5,8	0,7
Riches	3,0	2,1	9,3	14,6	76,2	7,3	1,7
Plus riches	1,6	2,7	8,0	12,3	65,5	15,5	5,9
Ensemble du pays	2,4	3,7	11,2	17,3	72,8	7,6	1,9

Au niveau national, en considérant les 5.264 mères non enceintes pour lesquelles le poids et la taille ont été notifiés, 17% souffrent de malnutrition. Près de trois mères sur quatre (73%) ont un état nutritionnel normal.

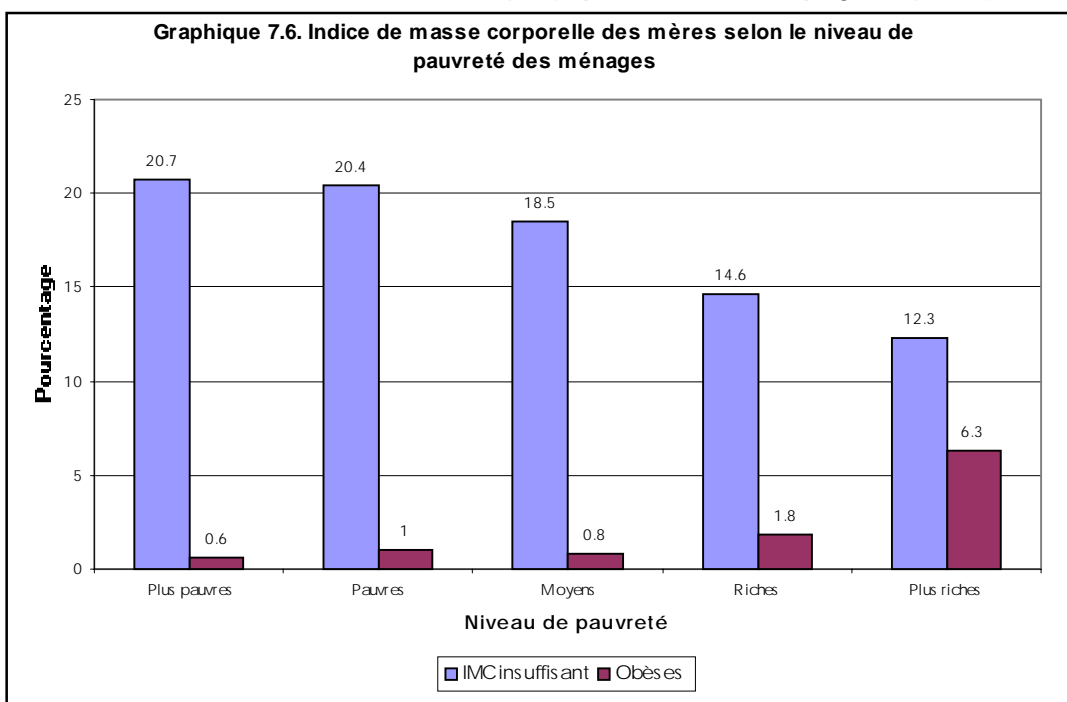
Encadré 7.4

La malnutrition des femmes congolaises constitue un problème de santé publique car environ 1 femme sur 5 souffre de malnutrition.

Les proportions les plus élevées de femmes mal nourries sont observées dans cinq provinces du pays : le Bandundu (28%), l'Equateur (24%), le Sud-Kivu (22%), le Bas-Congo (20%) et le Kasai-Occidental (20%).



Si on considère la surcharge pondérale et plus particulièrement l'obésité, trois provinces ont plus de 3% de mères obèses (IMC > 30): il s'agit de Kinshasa (6%), de la province du Kasai Oriental (4%) et de la province du Nord-Kivu (3%). La proportion de mères avec un indice inférieur au seuil de 18,5 est plus élevée en milieu rural (19%) qu'en milieu urbain (13%). Par contre, il y a proportionnellement plus de femmes obèses dans les villes (5%) que dans les campagnes (0,9%).



Les données du tableau 7.4 montrent aussi qu'au fur et à mesure que le niveau de vie du ménage augmente, la proportion des mères mal nourries diminue tandis que celle des mères obèses augmente.

A titre illustratif, la proportion de mères mal nourries est de 21% dans les ménages les plus pauvres et tombe à 12% dans les ménages les plus riches. Par contre, la proportion des mères obèses est de 0,6% dans les ménages les plus pauvres contre 6% dans les ménages les plus riches.

7.1.3. Relation entre état nutritionnel des mères et état nutritionnel des enfants

Dans le tableau 7.6, le statut nutritionnel des enfants, mesuré par les différents indicateurs de malnutrition, est croisé avec le statut nutritionnel des mères⁽¹⁾, exprimé par l'indice de masse corporelle.

Tableau 7.6 : Proportion d'enfants de moins de 5 ans mal nourris selon l'état nutritionnel des mères

Etat nutritionnel des mères	Retard de croissance (T/A < -2ET)	Emaciation (P/T < -2ET)	Insuffisance pondérale (P/A < -2ET)
• Mères mal nourries (IMC < 18,5)	41,0	21,1	42,5
• Mères bien nourries (18,5 = IMC < 25)	42,9	11,7	31,7
• Mères obèses (IMC > 30)	32,8	7,9	15,3

On note une association entre la malnutrition des enfants et celle des mères. En moyenne, les enfants des mères mal nourries sont eux aussi mal nourris et souffrent notamment d'insuffisance pondérale et d'émaciation. Ainsi 21% d'enfants de mères mal nourries sont émaciés contre 12% d'enfants de mères ne souffrant pas de malnutrition et seulement 8% d'enfants de mères obèses. De même, 43% d'enfants de mères mal nourries souffrent d'insuffisance pondérale, contre 32% d'enfants de mères bien nourries.

7.2. ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DES ENFANTS

Cette section traite des aspects liés à l'alimentation des enfants de moins de 24 mois, ainsi que les progrès réalisés en rapport avec cet objectif du Sommet Mondial pour les Enfants. Une bonne alimentation infantile suppose non seulement la pratique d'allaitement exclusif de 0 à 6 mois, mais également de bonnes pratiques d'alimentation complémentaire pour les enfants de plus de six mois dont les besoins nutritionnels ne sont plus entièrement couverts par le lait maternel.

7.2.1. Allaitement exclusif

L'enquête MICS2 a relevé que sur les 4.204 enfants de 0-23 mois, 4007 soit 95% ont été nourris au sein au moins une fois depuis leur naissance. L'allaitement au sein est donc quasi universel en RDC.

Dans l'ensemble, 29% des enfants de moins de 4 mois ont été allaités exclusivement au sein, avec le même pourcentage en milieu urbain qu'en milieu rural. Par contre, si on considère les enfants de moins de 6 mois, la proportion d'enfants allaités exclusivement au sein tombe à 24% dans l'ensemble.

Encadré 7.5
L'allaitement au sein demeure universel en RDC. Toutefois, près d'1 enfant seulement sur 3 est allaité exclusivement au sein pendant les trois premiers mois de sa vie et 1 sur 4 jusqu'à 6 mois.

(1) N'ont été pris en compte que les enfants dont les mères ont été pesées.

Tableau 7.7 : Pourcentage d'enfants de moins de 2 ans selon la pratique d'allaitement et certaines caractéristiques socio-démographiques

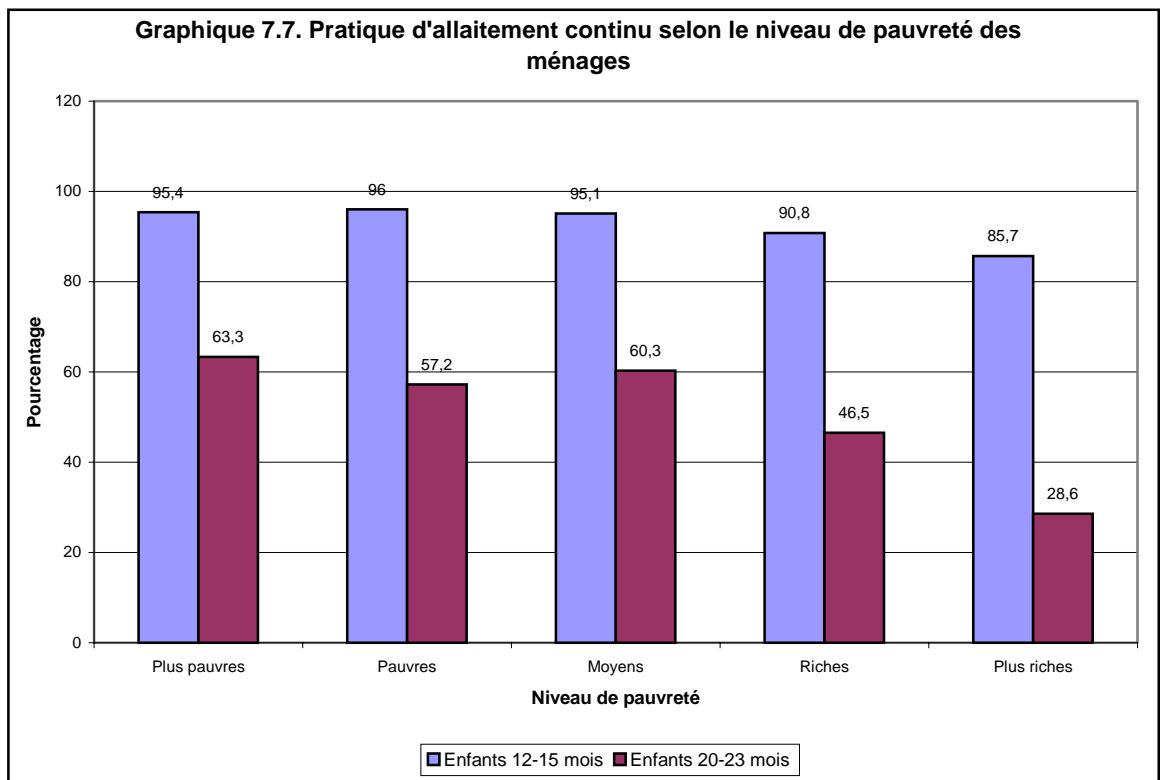
Caractéristiques	% d'enfants < 4 mois allaités exclusivement	% d'enfants <6 mois allaités exclusivement	% d'enfants 6-9 mois recevant aliments de complément	% d'enfants 12-15 mois encore allaités	% d'enfants 20-23 mois encore allaités
Milieu de résidence					
Urbain	29,4	23,9	83,3	88,4	30,1
Rural	29,3	23,7	77,1	94,6	62,2
Province					
Kinshasa	32,2	26,2	74,4	81,6	25,3
Bas-Congo	18,8	13,1	70,3	89,9	56,5
Bandundu	26,1	21,3	73,5	98,6	62,7
Equateur	44,2	31,8	73,4	98,5	34,1
Province Orientale	49,2	44,5	67,7	89,5	55,3
Nord-Kivu	59,1	52,8	76,7	100,0	57,8
Sud-Kivu	30,8	21,0	87,6	89,3	59,5
Maniema	59,1	48,4	88,5	93,1	37,5
Katanga	10,0	6,6	87,5	94,1	42,4
Kasaï Oriental	32,4	24,8	81,6	94,1	50,6
Kasaï Occidental	9,8	8,5	86,0	95,9	61,3
Niveau de pauvreté					
Plus pauvres	38,2	31,4	79,6	95,4	63,3
Pauvres	27,7	19,8	76,5	96,0	57,2
Moyens	23,0	19,6	79,9	95,1	60,3
Riches	30,6	25,7	79,3	90,8	46,5
Plus riches	29,4	23,3	79,4	85,7	28,6
Niveau d'instruction de la mère					
Sans instruction	28,2	22,6	75,7	94,7	59,6
Primaire	26,4	21,3	80,7	94,6	53,8
Secondaire ou plus	34,1	28,2	78,5	87,9	40,4
Programme non formel	28,1	22,8	90,6	65,5	49,5
Ensemble du pays	29,3	23,8	78,9	92,4	51,5
Effectifs d'enfants	658	1.005	718	729	668

La pratique de l'allaitement exclusif ne diffère pas selon le milieu de résidence ou selon le sexe de l'enfant. Cependant un enfant de parents les plus pauvres a plus de chance d'être allaité exclusivement jusqu'à l'âge de 6 mois qu'un enfant de parents les plus riches. Il y a aussi des différences très prononcées entre provinces. En effet, au Kasaï Occidental et au Katanga, 10% d'enfants sont allaités exclusivement au sein jusqu'à 4 mois, tandis qu'on observe des taux de 59% au Maniema et au Nord-Kivu.

7.2.2. Poursuite de l'allaitement

L'allaitement doit continuer jusqu'à l'âge de 24 mois ou plus. Dans l'ensemble, 92% d'enfants de 12-15 mois étaient encore allaités. Cette proportion tombe à 52% pour les enfants de 20-23 mois. La poursuite de l'allaitement est plus répandue en milieu rural qu'en milieu urbain. Dans le groupe d'âge 12-15 mois, 95% continuent de recevoir le lait maternel en milieu rural contre 88% en milieu urbain. Si on considère le groupe d'âge de 20-23 mois, 62% d'enfants en milieu rural continuent d'être allaités contre 30% en milieu urbain.

Un peu moins de deux tiers des enfants (63%) de 20-23 mois vivant dans les ménages les plus pauvres continuent d'être allaités contre seulement 29% des enfants vivant dans les ménages les plus riches (graphique 7.7).



Par ailleurs, 40% d'enfants âgés de 20-23 mois issus des mères ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus étaient toujours allaités contre 54% pour les enfants des mères ayant un niveau d'instruction primaire et 60% pour les enfants des mères sans instruction.

7.2.3. Introduction d'aliments de complément

A partir de 6 mois environ, le lait maternel seul ne suffit plus à l'enfant. Il faut commencer à lui donner d'autres aliments qui le complètent. Ces aliments ne remplacent pas le lait maternel. Tout au début, ils sont liquides, puis semi-liquides pour devenir épais ou solides.

Dans l'ensemble, la proportion d'enfants de 6-9 mois allaités et recevant des aliments de complément est de 79%: 83% en milieu urbain contre 77% en milieu rural (tableau 7.7). Ceci indique que 21% des enfants de cet âge ne sont pas adéquatement nourris puisqu'ils ne reçoivent pas d'alimentation complémentaire, probablement faute de nourriture dans le ménage. Cette proportion varie très peu si on considère le niveau de pauvreté ou le niveau d'instruction de la mère.

L'introduction des aliments autres que le lait maternel se fait relativement tôt (tableau 7.8). En effet, 60% d'enfants de moins de 2 mois avaient déjà pris de l'eau, d'autres aliments liquides ou des aliments solides. Entre 2 et 3 mois, la proportion d'enfants ayant pris autre chose que le lait maternel est de 77% et atteint 87% entre 4 et 5 mois.

Tableau 7.8 : Répartition (en %) des enfants de moins de 2 ans selon la pratique d'allaitement maternel et de consommation d'aliments, et l'âge

Tranche d'âge (mois)	% non allaités	% allaités exclusivement	% allaités + eau seulement	% allaités + liquide seulement	% allaités + aliments solides	Total	Effectif enfants
0 – 1	0,0	39,6	36,0	12,5	11,9	100,0	260
2 – 3	0,6	23,4	25,6	15,9	34,5	100,0	385
4 – 5	0,5	13,4	13,4	6,6	66,1	100,0	341
6 – 7	1,4	7,4	6,3	5,5	79,4	100,0	330
8 – 9	0,9	5,9	6,2	6,2	80,7	100,0	377
10 – 11	2,0	3,0	9,4	4,3	81,3	100,0	305
12 – 13	5,3	3,5	7,8	6,7	76,6	100,0	396
14 – 15	5,6	4,3	3,7	5,5	80,9	100,0	317
16 – 17	12,4	3,3	6,0	4,9	73,4	100,0	318
18 – 19	27,7	2,3	5,4	3,1	61,5	100,0	312
20 – 21	38,0	2,1	3,0	3,1	53,8	100,0	303
22 – 23	46,7	0,2	3,6	4,0	45,5	100,0	292

7.2.4. Utilisation du biberon

A la question de savoir si depuis la veille de l'interview, l'enfant a été nourri au biberon, l'enquête a révélé que 4% d'enfants de moins de deux ans l'avaient été, soit 7% en milieu urbain contre 3% en milieu rural.

Le niveau de vie des ménages et le niveau d'instruction de la mère influent sur l'utilisation du biberon. En effet, 10% d'enfants issus des ménages les plus riches boivent au biberon contre 2% d'enfants des ménages les plus pauvres. En ce qui concerne le niveau d'instruction de la mère, 8% d'enfants avaient été nourris au biberon pour les mères ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus, contre 2% pour les enfants des mères sans instruction.

7.2.5. Tendances des pratiques d'allaitement et d'alimentation des enfants

En 1995, le taux d'allaitement exclusif était de 32,4% pour les enfants âgés de moins de 4 mois, contre 29,3% en 2001. On note donc une légère baisse. En ce qui concerne la poursuite de l'allaitement entre 12-15 mois, le taux reste pratiquement inchangé depuis 1995 (MICS1: 90,6% ; MICS2: 92,4%). Il a légèrement baissé dans le groupe d'âge 20-23 mois, passant de 65% à 51,5%. Quant à l'utilisation du biberon dans les 24 heures ayant précédé l'enquête, MICS1 avait dénombré 3,2% d'enfants, tandis que MICS2 estime cette proportion à 4,3%. La situation n'a donc pas changé.

7.3. POIDS A LA NAISSANCE

Le poids de l'enfant à la naissance est un indicateur de l'état nutritionnel de la mère et un déterminant des chances de survie de l'enfant. Les nourrissons qui pèsent moins de 2,5 kg à la naissance sont considérés comme des bébés dont le poids est faible. Ils courent plus de risque de mourir que les nourrissons dont le poids est supérieur à 2,5 kg. Ainsi, le Sommet Mondial pour les Enfants s'est fixé comme objectif, la réduction du taux d'insuffisance pondérale à la naissance à moins de 10 %.

Dans l'ensemble, sur un total de 2.666 naissances vivantes survenues au cours des 12 derniers mois, la moitié a été pesée à la naissance. Ce poids a été vérifié et confirmé sur le carnet de consultation préscolaire dans seulement 32% de cas, tandis que pour les 68% autres cas l'enquête s'est contentée de la déclaration des mères.

Si on ne considère que les enfants pesés à la naissance, que le poids ait été vérifié sur carnet ou non, le pourcentage d'enfants ayant pesé moins de 2,5 kg à la naissance est de 11%. Ce résultat reste sensiblement le même pour les enfants dont le poids a été vérifié sur carnet que ceux dont le poids a été déclaré de mémoire par les mères, les pourcentages étant respectivement de 12% et 10%. Cependant, étant donné qu'une proportion importante d'enfants ne sont pas pesés à la naissance, la prévalence de l'insuffisance pondérale est sans doute biaisée. La prévalence de l'insuffisance pondérale est plus élevée en milieu rural (13%) qu'en milieu urbain (9%). Les enfants des mères non instruites ont une plus forte prévalence de l'insuffisance pondérale (18%) que ceux des mères plus instruites (9%).

Tableau 7.9 : Pourcentage d'enfants nés au cours des 12 derniers mois avec un poids inférieur à 2.500 grammes selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	% de naissances vivantes pesées	Par rapport à l'ensemble des enfants		Par rapport aux enfants pesés	
		% des naissances avec poids < 2500 grs	Effectif total d'enfants	% de naissances avec poids < 2.500 grs	Effectif d'enfants pesés
Milieu résidence					
Urbain	77,5	7,0	800	9,0	628
Rural	37,7	4,8	1.866	12,6	744
Province					
Kinshasa	86,9	7,8	239	9,1	209
Bas-Congo	75,4	8,2	173	10,8	131
Bandundu	55,3	8,9	314	16,1	196
Equateur	27,0	2,2	245	7,6	69
Province Orientale	42,1	4,3	317	10,5	137
Nord-Kivu	50,2	7,0	177	13,5	92
Sud-Kivu	50,9	4,5	206	8,6	106
Maniema	47,6	6,0	77	13,5	37
Katanga	40,5	5,2	369	12,7	153
Kasaï Oriental	50,1	5,5	257	10,9	134
Kasaï Occidental	35,6	1,8	292	4,8	107
Niveau de pauvreté					
Plus pauvres	33,7	3,6	564	10,5	195
Pauvres	30,8	3,8	554	12,3	188
Moyens	45,6	6,7	565	14,7	267
Riches	56,7	5,3	540	9,2	318
Plus riches	90,0	8,4	443	9,3	403
Niveau d'instruction de la mère					
Sans instruction	30,8	5,5	742	18,0	238
Primaire	46,7	5,0	1.175	10,6	571
Secondaire ou plus	72,8	6,3	730	8,7	546
Ensemble du pays	49,7	5,4	2.666	11,0	1.371

En examinant les appréciations des mères quant à la taille de leurs bébés⁽¹⁾, on observe que pour les 2.666 enfants pour lesquels les mères ont estimé la taille à la naissance, la prévalence du faible poids à la naissance (c'est-à-dire enfant jugé plus petit que la moyenne et très petit) est de 11% (tableau 7.10). Cette prévalence est la même que celle trouvée pour les bébés pesés à la naissance.

⁽¹⁾ Il a été demandé aux mères de dire si à la naissance leur (dernier) enfant était très grand, plus grand que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit (MICS2, module VIII, question 4).

Selon l'étude sur l'état des lieux du secteur de la santé menée en 1998, la prévalence de l'insuffisance pondérale était de 8,7 %. Une étude sur l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés portant sur 48 formations médicales (Ceplanut, 1997) l'avait estimée à 10,7 % en 1997. Il n'y a donc pas de changement majeur de cet indicateur.

Tableau 7.10 : Pourcentage d'enfants nés au cours des 12 derniers mois selon l'estimation par les mères de leur poids à la naissance et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Estimation du poids de l'enfant						Effectif des enfants
	Très grand	Plus grand que la moyenne	Moyen	Plus petit que la moyenne	Très petit	Ne sait pas	
Milieu résidence							
Urbain	17,7	31,1	38,4	6,4	2,8	3,7	800
Rural	16,4	27,8	42,0	7,1	4,0	2,6	1.866
Province							
Kinshasa	23,3	31,4	29,5	7,8	3,5	4,6	239
Bas-Congo	7,9	41,6	36,7	7,4	4,9	1,5	173
Bandundu	20,7	36,6	30,2	7,5	3,7	1,3	314
Equateur	12,5	30,9	45,3	7,0	1,8	2,5	245
Province Orientale	20,5	23,0	41,3	6,3	2,8	6,2	317
Nord-Kivu	10,5	18,5	48,6	10,4	7,9	4,0	177
Sud-Kivu	12,6	26,6	47,6	9,3	1,8	2,2	206
Maniema	11,9	41,6	33,4	8,4	3,6	1,2	77
Katanga	15,5	21,7	49,8	4,9	5,7	2,5	369
Kasaï Oriental	16,0	28,3	45,7	6,6	1,9	1,5	257
Kasaï Occidental	22,1	29,2	37,4	4,7	3,3	3,3	292
Niveau de pauvreté							
Plus pauvres	16,4	27,3	42,4	6,9	3,3	3,8	564
Pauvres	16,4	26,5	41,7	7,2	5,1	3,0	554
Moyens	18,5	30,5	40,2	6,2	3,0	1,6	565
Riches	16,8	26,3	43,2	6,6	3,9	3,1	540
Plus riches	15,6	34,4	36,0	8,0	2,8	3,2	443
Niveau d'instruction de la mère							
Sans instruction	15,7	25,1	43,2	8,2	5,1	2,7	742
Primaire	16,1	28,5	42,5	6,5	3,6	2,9	1.175
Secondaire ou plus	18,8	33,4	35,8	6,3	2,3	3,3	730
Ensemble du pays	16,8	28,8	40,9	6,9	3,7	2,9	2.666

7.4. CONSOMMATION DU SEL IODE

Cette section présente les résultats sur la consommation du sel iodé. L'iode est extrêmement important pour le développement du cerveau et des aptitudes d'apprentissage. La carence en iode affecte le développement mental et physique de l'enfant depuis la vie intra-utérine et entraîne diverses anomalies, appelées Troubles Dus à la Carence en Iode (TDCI). Les TDCI comprennent diverses manifestations cliniques, notamment des avortements spontanés à répétition, des anomalies congénitales, des infirmités diverses telles que la surdi-mutité, les paralysies des membres, le retard de croissance, le nanisme, la baisse du quotient intellectuel, la faiblesse des capacités physiques, le crétinisme, etc. La carence en iode cause aussi des lésions cérébrales. Le goitre en est la manifestation la plus visible.

Les données sur la disponibilité du sel iodé dans les ménages sont présentées par caractéristiques socio-démographiques dans le tableau 7.11. Dans l'ensemble, 17% de ménages ne disposaient pas de sel au moment de l'enquête. Cette proportion est un peu plus élevée en milieu urbain (21%) qu'en milieu rural (16%). La proportion de ménages sans sel au moment de l'enquête est pratiquement la même en 2001 que lors de l'enquête MICS1, en 1995 (16%).

Tableau 7.11 : Répartition (en %) des ménages selon la disponibilité du sel iodé et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Ménages sans sel	Ménages dont le sel a été testé	Ménages dont le sel n'a pas été testé	Résultat du test				Effectif des ménages
				Non iodé	< 15 PPM	15 PPM ou plus	% de ménages avec sel iodé	
Milieu de résidence								
Urbain	20,7	78,5	0,8	6,7	16,3	77,0	93,3	2.578
Rural	15,5	83,5	1,0	7,2	3,4	69,3	92,8	6.022
Province								
Kinshasa	24,6	74,0	1,5	1,2	11,0	87,8	98,8	841
Bas-Congo	11,6	86,7	1,8	8,5	15,5	76,0	91,5	633
Bandundu	21,5	77,0	1,5	4,8	12,1	83,1	95,2	982
Equateur	23,6	75,5	1,0	7,6	32,9	59,5	92,4	750
Province Orientale	15,4	83,8	0,8	7,3	15,2	77,4	92,7	1.121
Nord-Kivu	8,1	90,7	1,2	3,5	15,4	81,1	96,5	660
Sud-Kivu	8,7	91,3	0,0	6,1	31,9	62,0	93,9	599
Maniema	22,8	77,2	0,0	2,2	23,5	74,3	97,8	214
Katanga	18,7	80,8	0,5	14,0	20,3	65,6	86,0	1.251
Kasaï Oriental	20,7	77,7	1,6	3,0	20,3	76,7	97,0	843
Kasaï Occidental	8,8	91,0	0,3	12,1	45,1	42,8	87,9	707
Niveau de pauvreté								
Plus pauvres	18,4	80,9	0,7	5,7	25,9	68,4	94,3	1.850
Pauvres	18,9	80,2	0,8	8,4	21,8	69,7	91,6	1.772
Moyens	14,7	84,1	1,2	6,7	21,7	71,6	93,3	1.724
Riches	14,6	84,1	1,3	9,2	22,7	68,1	90,8	1.685
Plus riches	18,5	80,6	0,9	5,4	13,8	80,9	94,6	1.569
Ensemble du pays	17,0	82,0	1,0	7,1	21,4	71,5	92,9	8.600

L'enquête MICS2 montre que 93% de ménages consomment du sel iodé. Il n'y a presque pas de différence entre les milieux de résidence ni entre les différents niveaux de pauvreté des ménages (tableau 7.11). Si l'on fait l'hypothèse que les ménages n'ayant pas de sel au moment de l'enquête ne dispose donc pas de sel iodé et que l'on rapporte en conséquence le nombre de ménages avec sel iodé au nombre total de ménages, le taux de disponibilité de sel iodé tombe alors à 76%.

En 1995, 18% de ménages consommaient du sel iodé. Avec 93% de ménages consommant du sel iodé en 2001, la RDC a accompli des progrès spectaculaires dans ce domaine en très peu de temps. Les mesures d'application de la réglementation nationale sur la production, le contrôle de qualité et la commercialisation du sel iodé mises en vigueur depuis 1994 ont porté leurs fruits.

Encadré 7.6

Avec 93% des ménages consommant du sel iodé, la RDC a accompli des progrès dans la lutte contre les troubles dus à la carence en iode (TDCI).

7.5. SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A

La vitamine A est un élément nutritif essentiel et indispensable dans le corps humain. Elle joue un rôle de première importance dans le bon fonctionnement du système immunitaire. Par contre, la carence en vitamine A accroît la vulnérabilité des enfants aux infections et augmente la gravité de beaucoup d'entre elles. Cette carence cause le retard de croissance et la baisse de la vision pendant la nuit. Elle peut entraîner la cécité. La RDC est affectée par une carence sévère en vitamine A. En 1998, 61,1% d'enfants de 6 à 36 mois étaient affectés par la carence en vitamine A (BN-TDCI, 1999).

L'objectif du Sommet Mondial pour les Enfants est l'élimination quasi totale de la carence en vitamine A et de ses effets, y compris la cécité. L'élimination de la carence en vitamine A et de ses effets n'a pas pu être mesurée directement. Deux mesures indirectes ont été utilisées: la proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois ayant reçu un supplément d'une dose élevée de vitamine A au cours des six derniers mois et la proportion de mères ayant reçu des compléments de vitamine A avant que leurs bébés n'atteignent l'âge de 8 semaines.

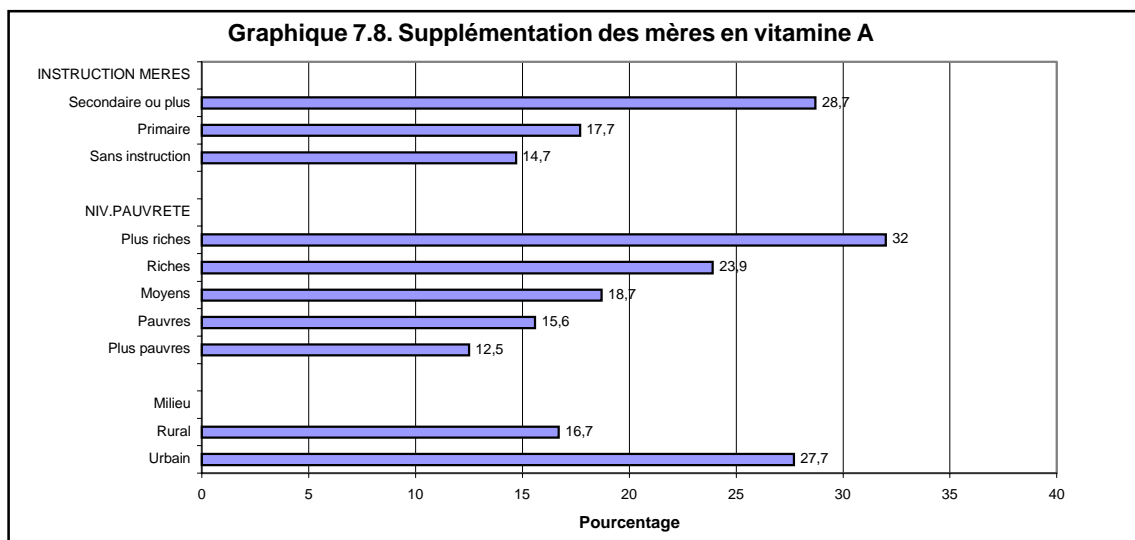
7.5.1. Supplémentation en vitamine A chez les femmes allaitantes

Les données relatives à la supplémentation en vitamine A des femmes allaitantes sont contenues dans le tableau 7.12 et illustrées par le graphique 7.8. Au niveau national, une mère allaitante sur cinq est supplémentée en vitamine A avant que le bébé n'atteigne l'âge de 8 semaines. La proportion des mères ayant été supplémentées en vitamine A est nettement supérieure en milieu urbain (28%) qu'en milieu rural (17%). Le niveau de pauvreté et l'instruction de la mère favorisent aussi la supplémentation en vitamine A.

Tableau 7.12 : Pourcentage des mères avec une naissance vivante au cours des 12 derniers mois ayant reçu une dose de vitamine A avant que l'enfant n'atteigne 8 semaines

Caractéristiques	% qui ont reçu la vitamine A	Effectif des mères
Milieu résidence		
Urbain	27,7	800
Rural	16,7	1.866
Province		
Kinshasa	39,1	239
Bas-Congo	40,8	173
Bandundu	28,1	314
Equateur	5,8	245
Province Orientale	14,3	317
Nord-Kivu	26,2	177
Sud-Kivu	8,9	206
Maniema	11,8	77
Katanga	13,0	369
Kasaï Oriental	23,7	257
Kasaï Occidental	13,5	292
Niveau de pauvreté		
Plus pauvres	12,5	564
Pauvres	15,6	554
Moyens	18,7	565
Riches	23,9	540
Plus riches	32,0	443
Niveau d'instruction de la mère		
Sans instruction	14,7	742
Primaire	17,7	1.175
Secondaire ou plus	28,7	730
Ensemble du pays	20,0	2.666

Cinq provinces ont des proportions de mères supplémentées plus élevées que la moyenne nationale (20%). Il s'agit du Bas-Congo (41%), de Kinshasa (39%), du Bandundu (28%), du Nord-Kivu (26%) et du Kasaï-Oriental (24%). Les provinces de l'Equateur et du Sud-Kivu ont enregistré les plus faibles taux de supplémentation chez les mères allaitantes, soit respectivement 6% et 9%. Ces différences témoignent du faible niveau d'exécution des activités d'intégration de la supplémentation de la vitamine A dans les structures de santé dans ces provinces.



7.5.2. Supplémentation en vitamine A chez les enfants

Le tableau 7.13 présente les données sur la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois et montre en même temps la durée écoulée depuis la dernière supplémentation.

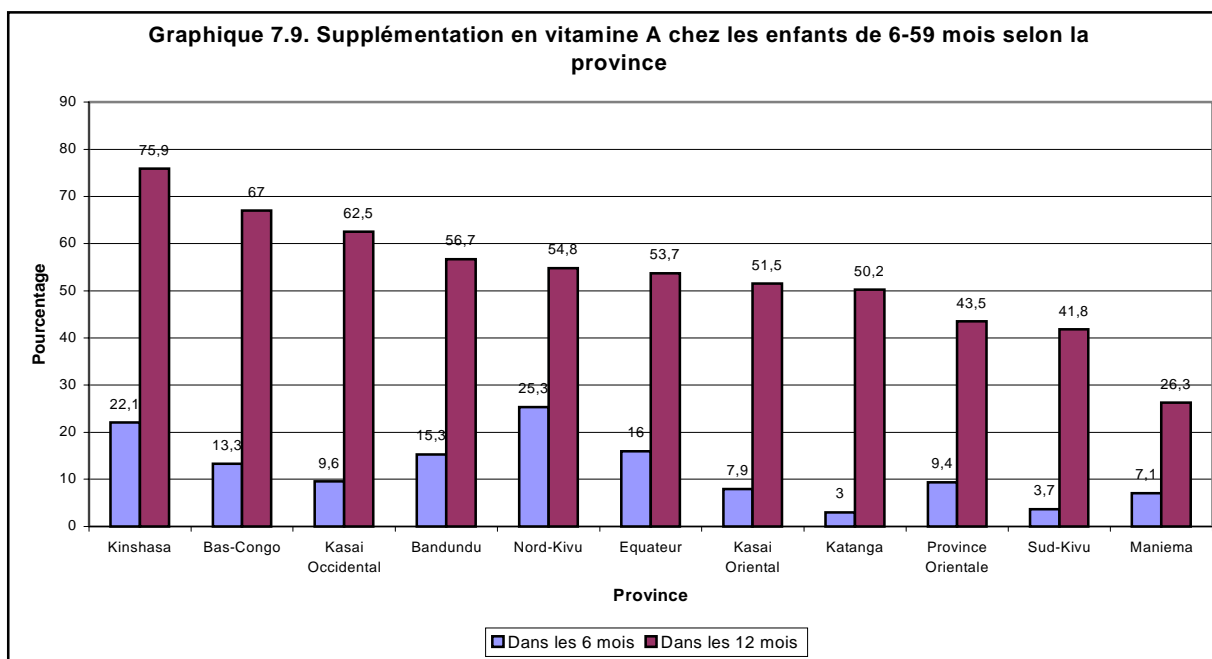
Tableau 7.13 : Répartition (en %) des enfants âgés de 6-59 mois selon qu'ils ont reçu une dose élevée de vitamine A dans les 6 ou 12 derniers mois, et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	% qui ont reçu vit. A		% jamais reçu	Effectif d'enfants
	Dans les 6 mois	Dans les 12 mois		
Milieu résidence				
Urbain	13,7	66,0	22,7	2.699
Rural	10,4	48,9	41,5	5.586
Province				
Kinshasa	22,1	75,9	15,5	813
Bas-Congo	13,3	67,0	23,4	579
Bandundu	15,3	56,7	29,5	1.096
Equateur	16,0	53,7	42,9	201
Province Orientale	9,4	43,5	44,1	1.110
Nord-Kivu	25,3	54,8	37,0	633
Sud-Kivu	3,7	41,8	51,1	605
Maniema	7,1	26,3	62,7	233
Katanga	3,0	50,2	41,5	1.279
Kasaï Oriental	7,9	51,5	31,4	850
Kasaï Occidental	9,6	62,5	31,7	885
Niveau de pauvreté				
Plus pauvres	8,2	41,5	46,0	1.545
Pauvres	12,8	50,9	41,1	1.673
Moyens	10,8	50,7	40,9	1.777
Riches	10,5	56,8	31,3	1.683
Plus riches	15,1	72,2	17,2	1.606
Niveau d'instruction de la mère				
Sans instruction	9,9	45,8	46,6	2.314
Primaire	9,9	51,4	37,8	3.481
Secondaire ou plus	15,1	67,5	20,9	2.401
Programme non formel	15,0	47,6	34,8	84
Tranche d'âge				
6 – 11 mois	17,6	33,9	59,3	945
12 – 23 mois	12,1	56,4	34,6	2.060
24 – 35 mois	11,1	56,8	32,1	1.812
36 – 47 mois	9,2	58,1	30,7	1.663
48 – 59 mois	10,0	57,3	31,3	1.804
Ensemble du pays	11,5	54,5	35,4	8.285

Dans l'ensemble, 12% d'enfants âgés de 6 à 59 mois avaient été supplémentés en vitamine A dans les 6 mois ayant précédé l'enquête. Si l'on considère la supplémentation dans les six mois précédant l'enquête comme résultat de l'activité de routine des centres de santé, ce taux est encore très faible. Même en considérant la supplémentation en vitamine A dans les 12 mois précédant l'enquête, qui prend en compte les Journées Nationales de Vaccination 2001, le taux observé au niveau national reste bas (55%).

Par ailleurs, on note que dans l'ensemble, un peu plus d'un enfant sur trois (35%) n'a été supplémenté ni dans les 6 mois ni dans les 12 mois ayant précédé l'enquête. L'enquête révèle en outre que parmi les enfants supplémentés en vitamine A, 83% l'ont été lors des Journées Nationales de Vaccination (JNV), 9% lors des visites de routine aux centres de santé et 6% lors des visites aux centres de santé d'enfants malades.

Les enfants vivant en milieu urbain ont été plus supplémentés en vitamine A que ceux du milieu rural, mais les taux restent faibles partout. Les provinces du Nord-Kivu et Kinshasa ont enregistré des proportions élevées d'enfants de 6 à 59 mois supplémentés en vitamine A dans les 6 mois ayant précédé l'enquête, avec respectivement 25% et 22%.



Comme chez les mères, le niveau de vie du ménage et le niveau d'instruction de la mère influencent positivement la supplémentation en vitamine A chez les enfants. Les proportions d'enfants qui n'ont jamais reçu la vitamine A sont respectivement de 17% chez les enfants des ménages les plus riches contre 46% chez les enfants des ménages les plus pauvres. Elles sont de 47% chez les mères non instruites contre 35% chez les mères ayant atteint le niveau secondaire ou plus.

7.6. PRATIQUE DE LA CONSULTATION PRESCHOULAIRE (CPS)

La consultation préscolaire (CPS) est une des activités essentielles de la surveillance nutritionnelle. Elle permet de suivre l'évolution de la croissance de l'enfant. La CPS vise avant tout à prévenir et dépister tout retard de croissance, ainsi que les maladies de carence en micro-nutriments, à éduquer les parents, principalement les mères.

En RDC, les activités de consultation préscolaires (CPS) se font presque dans toutes les zones de santé du pays mais sont souvent considérées comme activités de vaccination et non nutritionnelles. C'est ainsi qu'après la dernière vaccination contre la rougeole (vers le neuvième mois), très peu d'enfants se présentent encore à la CPS, alors que celle-ci devrait continuer jusqu'à 5 ans.

Lors du Sommet mondial pour les enfants, la communauté internationale s'est fixée comme objectif, la promotion de la croissance et sa surveillance régulière qui doit être institutionnalisée dans tous les pays à la fin des années 1990. La RDC a choisi l'utilisation des consultations préscolaires comme indicateur pour mesurer les progrès accomplis durant la décennie écoulée dans ce domaine.

7.6.1. Possession des fiches de croissance

La fiche de croissance est un support clé pour les activités de consultation préscolaire (CPS). Tout enfant de moins de 5 ans devrait donc en posséder. Ce n'est pas très souvent le cas. Les données se rapportant à la possession des fiches de croissance indiquent que 50% d'enfants possédaient des fiches de croissance, mais celles-ci n'ont été vues réellement que pour 19% d'enfants. (tableau 7.14).

Tableau 7.14 : Répartition (en %) des enfants de 0-5 ans possédant une fiche de croissance par caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	% possédant une fiche de croissance			Pas de fiche	Total	Effectif des enfants
	Vue	Non vue	Perdue			
Milieu résidence						
Urbain	24,0	33,3	7,5	35,3	100	3.062
Rural	15,8	22,8	4,3	57,1	100	6.392
Niveau de pauvreté du Ménage						
Plus pauvres	15,6	17,7	2,1	64,7	100	1.760
Pauvres	10,0	22,9	4,4	62,7	100	1.924
Moyens	19,8	23,3	5,4	51,5	100	2.036
Riches	17,1	32,1	6,5	44,3	100	1.926
Plus riches	30,2	34,9	8,1	26,7	100	1.808
Niveau d'instruction de la mère						
Sans instruction	12,3	21,2	4,1	62,4	100	2.655
Primaire	17,9	23,3	5,4	53,4	100	3.972
Secondaire ou plus	25,3	34,8	6,3	33,6	100	2.731
Programme non formel	18,8	38,1	9,0	34,1	100	91
Ensemble du pays	18,5	26,2	5,3	50,0	100	9.454

La possession des fiches de croissance vues par les enquêteurs est supérieure en milieu urbain (24%) qu'en milieu rural (16%). La proportion d'enfants issus des ménages les plus riches possédant des fiches de croissance est de 30% contre 16% chez les enfants des ménages les plus pauvres. On note également que cette proportion est plus élevée chez les mères ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (25%) que chez celles du niveau primaire (18%) ou sans instruction (12%). Par ailleurs, presque deux tiers des enfants des mères sans instruction (62%) ne possédaient pas de fiches de croissance contre un tiers pour les enfants des mères du niveau secondaire ou plus.

7.6.2. Enfants pesés au cours du trimestre passé

Dans la stratégie de CPS, tout enfant de moins de trois ans devrait être pesé mensuellement. Tout enfant de 3 à 5 ans devrait être pesé au moins une fois par trimestre. Pour mesurer les progrès réalisés dans ce domaine, il a été demandé si l'enfant a été pesé au moins une fois durant le trimestre sans tenir compte de l'âge. Le tableau 7.15 présente les données sur le pesage des enfants au cours du trimestre ayant précédé l'enquête. Dans l'ensemble, 24% d'enfants de 0 à 59 mois avaient été pesés au moins une fois le trimestre passé.

Tableau 7.15 : Répartition (en %) des enfants de 0-59 mois pesés au moins une fois durant les 3 derniers mois selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Pesés	Effectif des enfants
Milieu résidence		
Urbain	28,2	3.062
Rural	21,9	6.392
Province		
Kinshasa	31,1	921
Bas-Congo	35,5	656
Bandundu	38,2	1.257
Equateur	18,1	227
Province Orientale	17,8	1.255
Nord-Kivu	38,1	719
Sud-Kivu	18,1	700
Maniema	15,7	266
Katanga	17,2	1.464
Kasaï Oriental	15,6	965
Kasaï Occidental	15,3	1.022
Niveau de pauvreté		
Plus pauvres	18,3	1.760
Pauvres	20,1	1.924
Moyens	24,8	2.036
Riches	24,4	1.926
Plus riches	32,2	1.808
Niveau d'instruction de la mère		
Sans instruction	18,9	2.655
Primaire	22,6	3.972
Secondaire ou plus	30,9	2.731
Programme non formel	26,2	91
Sexe de l'enfant		
Masculin	23,8	4.752
Féminin	24,2	4.702
Tranche d'âge		
0 – 11 mois	41,2	2.035
12 – 35 mois	22,5	3.873
36 – 59 mois	15,8	3.467
Ensemble du pays	24,0	9.454

Il n'y a pas de différence de cette pratique selon le sexe. Par contre, une différence est observée par rapport au milieu de résidence. En raison de la plus grande accessibilité géographique ou économique des services, relativement plus d'enfants vont à la pesée en milieu urbain qu'en milieu rural (28% contre 22%). Les provinces qui ont enregistré plus de 30% d'enfants pesés sont le Bandundu et le Nord-Kivu (38%), le Bas-Congo (36%) et Kinshasa (31%).

Le niveau de pauvreté du ménage ainsi que le niveau d'instruction de la mère influencent la fréquentation des enfants à la pesée : la proportion d'enfants pesés durant le trimestre ayant précédé l'enquête est de 32% dans les ménages les plus riches et de 18% dans les ménages les plus pauvres. Les enfants des mères instruites bénéficient plus de la CPS que les autres : 31% d'enfants chez les mères les plus instruites contre 23% d'enfants chez les mères du niveau primaire et 19% pour les enfants des mères sans instruction.

La pratique de la CPS est liée à l'âge de l'enfant. Dans la première année, 41% des enfants ont été pesés au moins une fois le trimestre, mais ce chiffre tombe à 23% dans la tranche d'âge de 12-35 mois et n'est que de 16% dans le groupe d'âge 36-59 mois. Ainsi après la dernière vaccination, la CPS est peu pratiquée alors que c'est à cet âge-là que la malnutrition de l'enfant commence à se manifester le plus.

CONCLUSION

Il ressort de l'analyse que :

- la malnutrition est préoccupante en RDC : la prévalence de la malnutrition chronique (ou retard de croissance) est de 38% dont 20% de retard de croissance sévère ; la prévalence de la malnutrition aiguë est de 13% dont 3% souffrant de la forme sévère ; l'insuffisance pondérale touche 31% d'enfants dont 9% sévèrement. On note une détérioration de la malnutrition aiguë et une stagnation du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale des enfants ;
- l'état nutritionnel des mères reste également préoccupant : 17% d'entre elles sont mal nourries et 2% sont obèses ;
- la proportion des nouveau-nés pesant moins de 2.500 grammes est de 11% ;
- quoique l'allaitement maternel soit quasi universel et poursuivi jusqu'à 20-23 mois, seulement 29% d'enfants de moins de 4 mois et 24% d'enfants de moins de 6 mois sont allaités exclusivement au sein. L'introduction des aliments autres que le lait maternel chez les enfants est très précoce. Le taux d'allaitement des enfants de 12-15 mois est de 92% et seulement de 52% pour les enfants de 20-23 mois ;
- la proportion de ménages consommant du sel iodé est de 93% ;
- la proportion de femmes supplémentées en vitamine A dans les 8 semaines après accouchement est de 20%. Celle des enfants de 6-59 mois supplémentés dans les 6 derniers mois ayant précédé l'enquête est de 12% ;
- Le niveau de la consultation préscolaire reste faible.

Les différents indicateurs de nutrition examinés varient avec une ampleur plus ou moins grande selon la province, la zone de résidence, le niveau de richesse et le niveau d'instruction de la mère. En général, la malnutrition affecte les enfants des ménages pauvres, les enfants des zones rurales, les enfants nés des femmes sans instruction plus que toutes les autres catégories. Très peu de différences ont été observées selon le sexe de l'enfant.

Dans le domaine de la nutrition des enfants et des femmes, aucun objectif n'est atteint en cette fin de décennie, à l'exception peut-être de la lutte pour l'élimination de la carence en iode dans la mesure où des progrès substantiels ont été accomplis par le pays dans la consommation du sel iodé.

INTRODUCTION

Ce chapitre analyse les connaissances des femmes en âge de procréer en matière de transmission et de prévention du VIH/SIDA (section 8.1), les comportements sexuels (section 8.2) et la contraception (section 8.3).

Le VIH/SIDA constitue un sérieux problème de santé publique en RDC. La prévalence de l'infection est estimée à 5% dans la population adulte âgée de 15 à 49 ans (ONUSIDA, 2000). L'étude de l'évolution de l'infection au VIH/SIDA montre une tendance à la stabilisation autour de ce taux. Cependant, certains signes semblent indiquer que la prévalence du VIH/SIDA a augmenté au cours des dernières années. En effet, chez les femmes enceintes, elle est passée de 4,8 à 8,6% à Lubumbashi et de 5,6 à 10% à Matadi entre 1997 et 1999. De même, cette prévalence chez les donneurs de sang de l'Association des Donneurs de Sang de Goma (ADOSAGO) est passée successivement de 3,5% à 3,9%, 4,2%, 5,3%, 9,3% et à 16,3% entre 1993 et 1998 (PNLS, 2001).

Les questions relatives à la santé de la reproduction et au VIH/SIDA n'avaient pas fait l'objet d'une recommandation quelconque du Sommet Mondial pour les Enfants, et n'avaient pas été étudiées en 1995 par MICS1. Mais à cause de l'explosion de la pandémie du VIH/SIDA dans le monde et particulièrement en Afrique, un module a été introduit dans le questionnaire de MICS2.

Le VIH/SIDA n'est pas seulement un problème médical; il est devenu un problème de développement. Certains comportements (comme la multiplicité des partenaires sexuels ou la consommation de la drogue par injection), ainsi que l'ignorance des moyens de prévention exposent l'individu au risque de contamination. Les questions posées sur le VIH/SIDA ne concernent que les femmes âgées de 15 à 49 ans, à l'exclusion des adolescents, des adolescentes et des hommes. Ceci constitue une limite de MICS2.

8.1. CONNAISSANCE DU VIH/SIDA

Cette section analyse les connaissances qu'ont les femmes âgées de 15-49 ans du VIH/SIDA. Le VIH/SIDA est l'une des plus grandes catastrophes que le continent africain en général et la RDC en particulier aient jamais connue. Cette pandémie menace les progrès réalisés dans la lutte pour l'amélioration de la santé, ainsi qu'au plan social, politique et économique. En l'absence d'un traitement curatif, la connaissance des modes de prévention constitue l'une des étapes essentielles dans le processus de changement des comportements sexuels. En effet, une personne qui connaît les principales voies de transmission et de prévention du VIH/SIDA et qui a pris conscience du danger est plus susceptible d'opérer le changement requis.

8.1.1. Connaissance de la prévention du VIH/SIDA par les femmes en âge de procréer

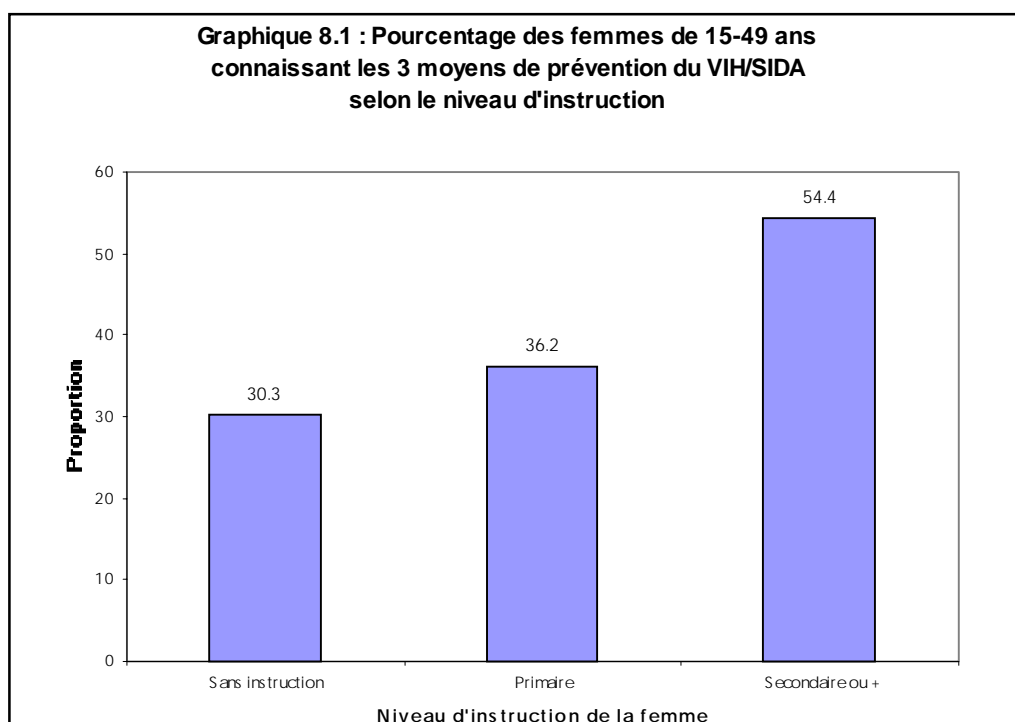
Il ressort des données du tableau 8.1 que la connaissance des moyens de prévention de la transmission du VIH/SIDA est relativement bonne pour la fidélité et l'utilisation d'objets tranchants non souillés : 80% des femmes savent que la fidélité à un seul partenaire sexuel non infecté et fidèle lui aussi est un des moyens les plus sûrs pour éviter le VIH/SIDA ; trois quart des femmes savent que l'utilisation d'une aiguille non souillée lors d'une injection ou d'un objet tranchant non souillé est aussi un moyen pour éviter la transmission du VIH/SIDA.

Tableau 8.1 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans connaissant les principaux moyens de prévention du VIH/SIDA.

Caractéristiques	Ont entendu parler du SIDA	Proportion de femmes qui connaissent les moyens de prévention ci-après :					
		Un seul partenaire fidèle non infecté	Utilisation correcte du condom	Utilisation d'une aiguille non souillée	Connaissent les 3 moyens	Connaissent au moins un moyen	conn aucun
Milieu de résidence							
Urbain	95,5	87,4	56,9	84,5	50,1	92,9	
Rural	90,1	76,4	42,9	70,4	35,1	83,9	
Province							
Kinshasa	98,3	92,9	64,6	88,4	56,8	97,3	
Bas-Congo	95,9	87,1	60,2	82,4	53,7	92,9	
Bandundu	90,8	78,5	47,5	74,7	37,4	87,3	
Equateur	92,3	84,7	49,1	77,5	44,2	88,8	
Orientale	88,6	70,2	34,3	70,9	27,2	81,0	
Nord-Kivu	85,9	69,2	42,2	61,3	32,7	77,6	
Sud-Kivu	93,5	74,7	35,0	73,3	28,5	83,4	
Maniema	92,1	82,8	51,8	77,7	46,9	88,8	
Katanga	88,5	77,6	44,6	70,1	38,0	82,9	
Kasai Oriental	94,1	85,0	45,1	77,9	39,5	89,8	
Kasai Occidental	92,0	78,8	51,9	70,5	41,0	86,3	
Niveau de pauvreté							
Plus pauvres	86,8	74,0	37,8	67,6	32,1	80,4	
Pauvres	88,7	75,9	40,2	69,3	32,4	83,3	
Moyens	93,8	79,2	45,8	75,1	37,5	87,6	
Riches	91,7	78,8	50,5	74,6	42,4	86,3	
Plus riches	97,7	91,1	61,6	87,2	54,1	95,8	
Niveau d'instruction de la femme							
Sans instruction	86,9	72,8	38,1	65,0	30,3	80,4	
Primaire	91,2	78,5	43,2	73,8	36,2	85,4	
Secondaire ou plus	97,5	88,8	62,3	86,1	54,4	94,9	
Programme non formel	96,8	90,5	61,5	87,9	55,2	95,3	
Age de la femme							
15-19 ans	85,6	69,9	40,0	66,8	32,2	78,7	
20-24 ans	93,8	83,0	52,5	77,7	44,4	89,5	
25-29 ans	94,5	84,4	53,7	77,4	45,3	90,6	
30-34 ans	95,3	85,5	52,0	79,5	44,8	90,8	
35-39 ans	94,6	82,9	46,2	78,8	39,8	89,6	
40-44 ans	91,8	80,9	44,7	76,6	38,1	87,2	
45-49 ans	91,0	79,4	41,9	73,2	35,8	85,9	
Ensemble du pays	91,8	80,0	47,5	75,0	40,0	86,8	

Par contre la connaissance de l'utilisation du condom est moins bonne : ce moyen n'a été cité que par un peu moins de la moitié des femmes (47,5%).

En ce qui concerne la connaissance de ces trois moyens de prévention, le niveau est relativement faible : 40% connaissent à la fois ces trois moyens.



La connaissance des trois moyens à la fois varie selon le milieu de résidence, la province, le niveau de pauvreté, le niveau d'instruction ainsi que l'âge de la femme. Les femmes du milieu urbain connaissent mieux les moyens de prévention du VIH/SIDA par rapport à celles du milieu rural, comme l'indique la prévalence de celles qui connaissent les 3 moyens de prévention, soit 50 % en milieu urbain contre 35% en milieu rural.

Kinshasa vient en tête avec 57%. Ce niveau élevé de connaissance serait favorisé par l'accessibilité à l'information et le niveau d'alphabétisation dans cette province. Le Bas-Congo est en 2ème position avec 54% pour les mêmes raisons que Kinshasa. Les provinces Orientale et du Sud-Kivu présentent les taux les plus bas avec respectivement 27% et 29% de femmes qui connaissent les trois moyens de prévention.

Les fréquences les plus faibles de connaissance de la prévention sont observées chez les plus pauvres avec 32% contre 54% chez les plus riches. Les taux sont de 30% chez les femmes sans instruction contre 54% chez les femmes de niveau d'instruction élevé.

Ce sont les femmes entre 20 et 34 ans qui présentent les taux de connaissance de la prévention du VIH/SIDA les plus élevés (plus ou moins 45%).

Encadré 8.1

La connaissance des moyens de prévention de la transmission du VIH/SIDA est relativement bonne pour la fidélité et l'utilisation d'objets tranchants non souillés. Elle est nettement moins bonne en ce qui concerne l'utilisation du condom.

Ce sont les femmes du milieu rural, les plus pauvres et celles sans instruction qui ont le niveau de connaissance du VIH/SIDA le plus bas, ainsi que les adolescentes (15-19 ans).

Les adolescentes (15-19 ans) ont le niveau de connaissance du VIH/SIDA le plus bas (32%) par rapport aux autres femmes. En effet, 70% des adolescentes citent la fidélité à un seul partenaire sexuel non infecté et fidèle lui aussi comme étant le moyen le plus sûr de prévention, contre 80% pour l'ensemble des femmes. Les proportions pour les autres modes de prévention sont respectivement de 40% contre 48% pour l'utilisation correcte du condom et de 67% contre 75% pour l'utilisation d'une aiguille non souillée.

Si 86% des adolescentes ont entendu parler du VIH/SIDA, 21% d'entre elles ne connaissent aucun moyen de se protéger. Le tableau 8.2 détaille les informations sur la connaissance des adolescentes en matière de prévention du VIH/SIDA.

Tableau 8.2 : Pourcentage de femmes de 15-19 ans connaissant les principaux moyens de prévention du VIH/SIDA selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Ont entendu parlé du VIH/SIDA	Moyens de prévention			Connaissent les 3 moyens	Connaissent au moins un moyen	Ne connaissent aucun moyen	Effectif des femmes
		Un seul partenaire fidèle non infecté	Utilisation correcte du condom	Utilisation d'une aiguille non souillée				
Milieu de résidence								
Urbain	92,7	80,1	52,2	78,9	44,7	87,8	12,2	966
Rural	82,1	64,9	34,0	60,9	26,1	74,3	25,7	1.992
Province								
Kinshasa	95,4	88,2	58,7	79,9	48,5	92,7	7,3	309
Bas-Congo	89,9	70,8	41,7	73,9	35,3	82,9	17,1	190
Bandundu	84,2	67,2	38,3	64,6	25,8	78,8	21,2	347
Equateur	88,0	75,2	42,3	71,3	37,3	82,3	17,7	299
Orientale	79,2	61,7	30,0	62,9	23,8	72,1	27,9	383
Nord-Kivu	79,9	57,6	35,2	52,3	23,5	69,7	30,3	225
Sud-Kivu	85,2	62,1	24,1	64,1	18,7	72,9	27,1	192
Maniema	88,2	84,6	54,0	77,5	50,4	85,8	14,2	78
Katanga	84,1	69,8	40,1	61,5	33,1	76,2	23,8	427
Kasaï Oriental	85,3	70,4	39,6	71,8	36,3	78,5	21,5	258
Kasaï Occidental	85,8	68,6	42,5	64,2	32,0	78,7	21,3	250
Niveau de pauvreté								
Plus pauvres	79,0	63,1	30,2	59,0	24,4	70,9	29,1	557
Pauvres	80,6	64,6	32,1	59,8	23,7	74,2	25,8	555
Moyens	87,2	68,6	36,9	65,7	29,6	77,9	22,1	579
Riches	85,2	66,9	42,4	66,5	33,5	78,4	21,6	607
Plus riches	94,1	83,9	55,2	80,4	47,0	90,1	9,9	660
Niveau d'instruction de la femme								
Sans instruction	78,4	60,6	30,3	52,5	21,3	69,6	30,4	662
Primaire	84,7	68,0	36,1	66,3	29,3	77,1	22,9	1.556
Secondaire ou plus	93,9	82,3	56,8	80,7	48,1	90,2	9,8	722
Ensemble du pays	85,6	69,9	40,0	66,8	32,2	78,7	21,3	2.958

Les adolescentes qui ne connaissent aucun moyen de prévention sont proportionnellement deux fois plus nombreuses en milieu rural qu'en milieu urbain; trois fois plus nombreuses chez les plus pauvres par rapport aux plus riches et chez celles qui n'ont aucun niveau d'instruction par rapport à celles qui sont les plus instruites.

8.1.2. Conceptions erronées sur le VIH/SIDA

L'enquête MICS2 a posé les questions suivantes relatives à la connaissance des conceptions erronées sur le VIH/SIDA, une réponse affirmative à l'une quelconque de ces questions étant tout simplement fausse :

- Une personne peut-elle être infectée par le virus du SIDA en utilisant les toilettes publiques ?
- Peut-on attraper le virus du SIDA à cause des piqûres de moustiques ou d'insectes similaires.
- Peut-on attraper le virus du SIDA en touchant une personne qui a le SIDA.
- Peut-on attraper le SIDA en mangeant dans le même plat avec une personne qui a le SIDA ?
- Pensez-vous qu'une personne puisse être infectée par le virus du SIDA à travers des moyens surnaturels ?

Tableau 8.3 Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui ont correctement identifié 3 conceptions erronées sur le VIH/SIDA

Caractéristiques	Ont entendu parler du SIDA	Proportion de femmes qui identifient 3 conceptions erronées sur le VIH/SIDA			Connaissent 3 conceptions erronées	Connaissent au moins une conception	Ne connaissent aucune conception
		Piqûres de moustiques	Toucher une personne infectée	Transmission par des moyens surnaturels			
Milieu de résidence							
Urbain	95,5	49,2	78,4	44,8	23,5	86,4	13,6
Rural	90,1	28,2	50,4	52,9	18,1	69,9	30,1
Province							
Kinshasa	98,3	62,9	88,3	34,0	22,9	93,0	7,0
Bas-Congo	95,9	32,1	63,9	50,3	17,7	79,0	21,0
Bandundu	90,8	30,1	52,4	52,6	18,8	71,7	28,3
Equateur	92,3	33,9	55,6	52,0	21,3	72,6	27,4
Orientale	88,6	28,1	48,8	57,9	18,0	71,3	28,7
Nord-Kivu	85,9	38,7	68,4	78,7	34,3	82,8	17,2
Sud-Kivu	93,5	27,8	63,7	68,2	22,5	81,7	18,3
Maniema	92,1	35,6	53,8	51,6	19,8	69,8	30,2
Katanga	88,5	24,5	49,1	44,7	14,4	66,0	34,0
Kasaï Oriental	94,1	36,0	58,9	39,0	17,4	72,3	27,7
Kasaï Occidental	92,0	35,2	55,2	38,7	17,0	70,0	30,0
Niveau de pauvreté							
Plus pauvres	86,8	27,2	46,9	52,0	17,5	67,1	32,9
Pauvres	88,7	24,3	45,4	47,6	15,0	65,0	35,0
Moyens	93,8	31,9	56,0	56,0	20,5	74,3	25,7
Riches	91,7	33,8	63,0	52,9	20,8	77,5	22,5
Plus riches	97,7	55,9	84,0	43,5	24,9	91,0	9,0
Niveau d'instruction de la mère							
Sans instruction	86,9	28,6	47,1	48,2	18,1	64,9	35,1
Primaire	91,2	29,1	54,0	50,9	17,2	72,1	27,9
Secondaire ou plus	97,5	49,3	79,1	51,7	25,4	89,6	10,4
Programme non formel	96,8	48,0	78,4	45,4	17,5	88,3	11,7
Age de la femme							
15-19 ans	85,6	32,5	54,8	44,5	17,4	69,2	30,8
20-24 ans	93,8	38,7	65,7	52,2	22,0	80,3	19,7
29-29 ans	94,5	36,2	62,1	53,4	21,1	78,4	21,6
30-34 ans	95,3	36,1	62,4	52,8	20,2	78,4	21,6
35-39 ans	94,6	34,6	59,0	52,4	20,2	75,9	24,1
40-44 ans	91,8	32,7	55,0	50,9	19,0	72,5	27,5
45-49 ans	91,0	32,3	54,8	48,4	19,1	71,8	28,2
Ensemble du pays	91,8	35,0	59,5	50,3	19,8	75,3	24,7

Au total, 20% de femmes ont identifié toutes ces trois conceptions erronées sur le VIH/SIDA; 35% ont identifié la piqûre des moustiques ; 60% le toucher et 50% les moyens surnaturels (la sorcellerie). Un grand nombre de femmes pensent que le VIH peut être transmis par les moyens surnaturels ou par les piqûres des moustiques. Elles pensent aussi, dans une moindre mesure, qu'on peut attraper le SIDA en touchant une personne déjà infectée.

L'enquête MCS2 montre également que 24% de femmes des villes connaissent les trois conceptions erronées sur le VIH/SIDA contre 18% de femmes du milieu rural. Il faut noter cependant que la proportion de femmes qui ont identifié « la transmission du VIH/SIDA par les moyens surnaturels » comme conception erronée est plus faible en milieu urbain (45%) qu'en milieu rural (53%).

Les femmes des ménages les plus riches sont plus nombreuses (25%) à avoir identifié les trois conceptions erronées sur le SIDA.

La connaissance des conceptions erronées semble varier avec le niveau d'instruction de la femme : plus le niveau d'instruction augmente, plus forte est la connaissance des moyens de transmission du VIH/SIDA, pris individuellement ou tous les trois à la fois, les femmes du niveau d'instruction secondaire ou plus se démarquant nettement des autres.

Encadré 8.2

Une femme sur cinq a identifié les piqûres de moustiques, le toucher d'une personne infectée et la transmission par des moyens surnaturels comme des conceptions erronées sur la transmission du VIH/SIDA.

8.1.3. Bonne connaissance du VIH/SIDA

On considère qu'une femme a une bonne connaissance du VIH/SIDA lorsqu'elle connaît les trois principaux moyens de prévention et lorsqu'elle a identifié trois conceptions erronées sur le VIH/SIDA.

Pour l'ensemble du pays, seulement 10% de femmes ont une bonne connaissance sur le VIH/SIDA. Cette connaissance est plus élevée chez les femmes du milieu urbain (13%) que chez celles du milieu rural (9%).

De même, elle est plus grande chez les femmes les plus instruites (15%) que chez celles qui n'ont aucun niveau d'instruction (7%) ; elle est deux fois plus grande chez les femmes des ménages les plus riches (15%) que chez celles des ménages les plus pauvres (7%). Ainsi la richesse constitue un grand atout dans l'accès à la bonne information sur le VIH/SIDA.

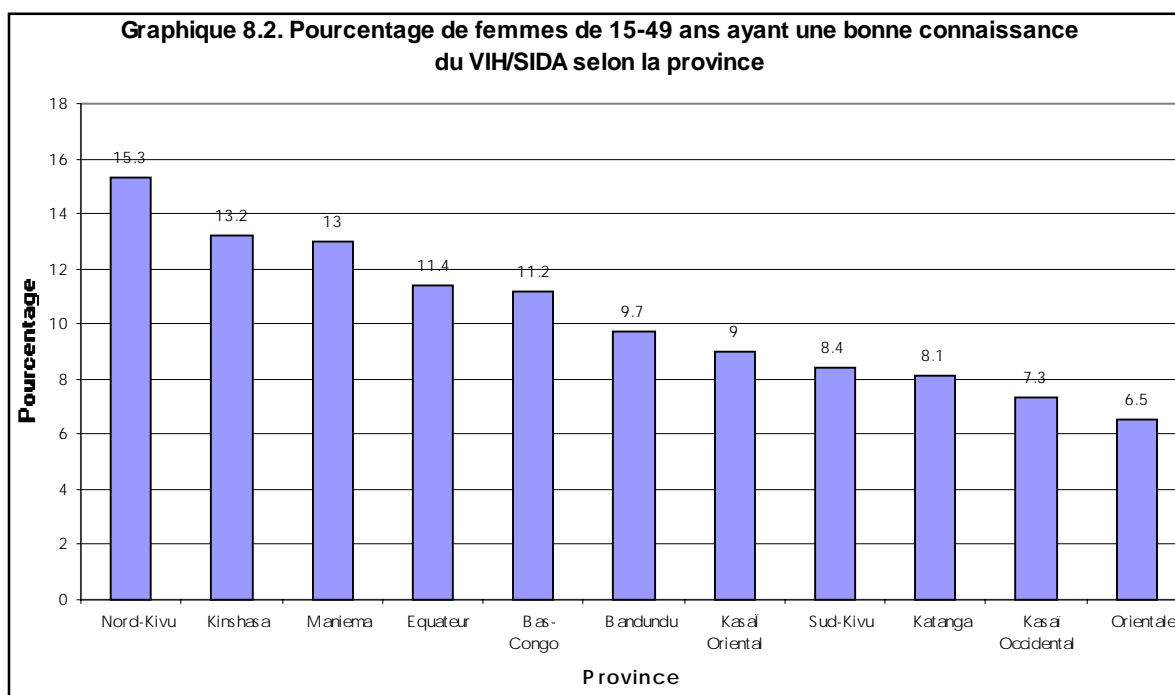
Tableau 8.4 : Proportion de femmes de 15-49 ans ayant une bonne connaissance du VIH/SIDA

Caractéristiques	% ayant une bonne connaissance du VIH/SIDA	Effectifs des femmes 15-49 ans
Milieu de résidence		
Urbain	12,8	4.026
Rural	8,5	8.381
Province		
Kinshasa	13,2	1.476
Bas-Congo	11,2	782
Bandundu	9,7	1.494
Equateur	11,4	1.219
Orientale	6,5	1.593
Nord-Kivu	15,3	837
Sud-Kivu	8,4	867
Maniema	13,0	337
Katanga	8,1	1.696
Kasaï Oriental	9,0	1.087
Kasaï Occidental	7,3	1.019
Niveau de pauvreté		
Plus pauvres	6,6	2.433
Pauvres	6,6	2.426
Moyens	10,0	2.437
Riches	10,7	2.459
Plus riches	15,0	2.652
Niveau d'instruction de la mère		
Sans instruction	7,1	3.521
Primaire	7,9	5.167
Secondaire ou plus	15,4	3.599
Programme non formel	11,7	113
Age de la femme		
15-19 ans	7,7	2.958
20-24 ans	11,9	2.269
29-29 ans	10,3	2.123
30-34 ans	11,1	1.600
35-39 ans	10,6	1.431
40-44 ans	8,6	1.185
45-49 ans	9,0	841
Ensemble du pays	9,9	12.407

Dans le Bandundu, la province Orientale, le Sud-Kivu, le Katanga et les deux Kasaï, moins d'une femme sur dix a une bonne connaissance du VIH/SIDA.

Encadré 8.3

Seule 1 femme sur 10 a une bonne connaissance du VIH/SIDA. Celle-ci est plus élevée chez les femmes citadines, les plus instruites et chez celles des ménages les plus riches.



Il y a peu de différence selon les groupes d'âge, avec toutefois les femmes les plus jeunes et les plus âgées, dont une sur dix seulement a une bonne connaissance sur le VIH/SIDA.

8.1.4. Connaissance de la transmission du VIH/SIDA de la mère à son enfant

Le tableau 8.5 indique que, globalement, la connaissance de la transmission du VIH/SIDA de la mère à son bébé est faible. Un peu plus de la moitié des femmes en âge de procréer (55%) connaissent à la fois deux modes de transmission - durant la grossesse et à travers le lait maternel. Les femmes qui savent que le VIH/SIDA peut être transmis durant la grossesse représentent 72% et 61% savent que la transmission peut se faire par l'allaitement au sein.

Un peu plus d'une femme sur cinq (22%) ne connaît aucun des deux moyens de transmission.

Encadré 8.4.

Un peu plus de la moitié de femmes en âge de procréer savent que le VIH/SIDA peut être transmis de la mère à son enfant durant la grossesse et par l'allaitement au sein.

Il n'y a pas de différence entre les femmes rurales et les femmes urbaines quant à la connaissance de ces deux moyens à la fois. Le niveau d'instruction et l'âge de la mère ainsi que la province de résidence n'ont pas une grande influence sur le niveau de connaissance des moyens de transmission du VIH/SIDA de la mère à son enfant.

Tableau 8.5 : Proportion de femmes âgées de 15-49 ans qui connaissent les moyens de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	% de femmes qui connaissent que le SIDA peut être transmis de la mère à son enfant		% de femmes connaissant tous les 2 moyens	% de femmes ne connaissant aucun moyen	Effectifs de femmes 15-49 ans
	Durant la grossesse	A travers le lait maternel			
Milieu de résidence					
Urbain	80,3	58,1	53,8	15,3	4.026
Rural	67,7	61,8	55,2	25,6	8.381
Provinces					
Kinshasa	86,6	49,6	46,5	10,3	1.476
Bas-Congo	76,0	63,8	58,4	18,7	782
Bandundu	72,9	60,8	54,0	20,4	1.494
Equateur	67,5	61,6	54,7	25,5	1.219
Orientale	63,3	56,4	49,4	29,8	1.593
Nord-Kivu	70,8	62,4	58,0	24,7	837
Sud-Kivu	72,3	64,7	60,6	23,5	867
Maniema	68,1	62,2	55,7	25,3	337
Katanga	70,6	63,9	57,9	23,5	1.696
Kasaï Oriental	66,7	60,0	52,3	25,6	1.087
Kasaï Occidental	73,3	68,9	62,3	20,1	1.019
Niveau de pauvreté					
Plus pauvres	63,3	60,6	54,0	30,1	2.433
Pauvres	68,6	63,7	57,1	24,8	2.426
Moyens	68,5	61,4	53,5	23,7	2.437
Riches	73,0	62,1	56,9	21,8	2.459
Plus riches	84,5	55,7	52,2	12,0	2.652
Niveau d'instruction					
Sans instruction	63,2	58,4	52,3	30,7	3.521
Primaire	69,0	62,8	56,0	24,2	5.167
Secondaire ou plus	84,0	60,0	55,6	11,6	3.599
Programme non formel	82,3	50,2	44,9	12,5	113
Age de la femme					
15 - 19 ans	61,0	54,4	47,1	31,7	2.958
20 - 24 ans	73,4	62,2	55,7	20,1	2.269
25 - 29 ans	76,2	63,8	58,4	18,4	2.123
30 - 34 ans	77,0	63,2	58,3	18,0	1.600
35 - 39 ans	76,8	61,4	56,2	17,9	1.431
40 - 44 ans	74,3	62,7	57,4	20,5	1.185
45 - 49 ans	72,7	61,0	56,9	23,2	841
Ensemble du pays	71,8	60,6	54,7	22,3	12.407

8.2. COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUE

Les comportements sexuels à risque incluent tout rapport sexuel occasionnel non protégé avec un ou plusieurs partenaires ainsi que toute relation sexuelle précoce.

8.2.1. Rapports sexuels occasionnels

Les rapports sexuels occasionnels sont définis dans l'enquête MICS2 comme ceux qu'une femme a eus avec une personne autre que son partenaire régulier. Ils sont dits « rapports à risque » parce qu'ils sont occasionnels, entretenus avec plusieurs partenaires ou ne sont pas protégés.

Le tableau 8.6, qui reprend les proportions des femmes qui ont eu ce genre de rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête, montre la distribution de la fréquence de ce type de rapport selon le milieu de résidence, le niveau de pauvreté et l'âge.

Tableau 8.6 : Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans qui ont eu des rapports sexuels occasionnels au cours des 12 derniers mois

Caractéristiques	% des femmes ayant eu des rapports sexuels occasionnels	Effectifs des femmes
Milieu de résidence		
Urbain	9,0	4.026
Rural	12,4	8.381
Province		
Kinshasa	7,2	1.476
Bas-Congo	7,9	782
Bandundu	15,4	1.494
Equateur	13,0	1.219
Orientale	10,0	1.593
Nord-Kivu	19,7	837
Sud-Kivu	10,6	867
Maniema	9,0	337
Katanga	15,9	1.696
Kasaï Oriental	5,3	1.087
Kasaï Occidental	6,4	1.018
Niveau de pauvreté		
Plus pauvres	11,4	2.433
Pauvres	12,9	2.426
Moyens	12,5	2.437
Riches	11,9	2.459
Plus riches	7,9	2.652
Niveau d'instruction de la femme		
Sans instruction	11,8	3.521
Primaire	11,3	5.167
Secondaire ou plus	10,8	3.599
Programme non formel	9,3	113
Age de la femme		
15-19 ans	13,3	2.958
20-24 ans	14,6	2.269
25-29 ans	11,7	2.123
30-34 ans	8,5	1.600
35-39 ans	8,3	1.431
40-44 ans	8,6	1.185
45-49 ans	8,2	840
Ensemble du pays	11,3	12.407

L'enquête a dénombré au total 12.407 femmes de 15 à 49 ans. Parmi elles, 11% ont eu des rapports sexuels avec au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois. Cette fréquence est un peu plus élevée en milieu rural (12%) qu'en milieu urbain (9%). Il n'est pas exclu qu'il y ait une prise de conscience plus développée des comportements sexuels à risque en milieu urbain.

Encadré 8.5

Onze femmes en âge de procréer sur cent ont eu des rapports sexuels avec au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois.

La proportion des femmes ayant eu des rapports sexuels occasionnels est pratiquement identique pour tous les niveaux de pauvreté, à l'exception des plus riches où ce phénomène est un peu plus réduit : 8% contre environ 12% dans les autres groupes. Le niveau d'instruction de la femme ne semble pas influencer sur ce comportement.

Il faut noter que 149 femmes (1,4%) n'ont pas répondu à la question. Ce faible taux de non-réponse indique, comme cela avait été observé pendant l'enquête pilote, que les femmes ont accepté de répondre sur ce sujet tant aux enquêteurs qu'aux enquêtrées (cinq fois moins nombreuses).

Si l'on considère uniquement les femmes de 15-49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels, la proportion de celles qui ont eu des rapports sexuels avec au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois est de 13% pour l'ensemble du pays, 11% en milieu urbain et 14% en milieu rural. Les tendances sont les mêmes selon le niveau de pauvreté et le niveau d'instruction de la femme.

8.2.2. Multiplicité de partenaires sexuels

La multiplicité des partenaires augmente le risque pour la femme d'être infectée par le VIH/SIDA ou les infections sexuellement transmissibles (IST).

Tableau 8.7 : Répartition (en %) des femmes ayant eu au moins un rapport sexuel occasionnel selon le nombre de partenaires

Caractéristiques	Nombre de partenaires			Total	Effectif de femmes ayant eu un partenaire occasionnel
	1	2	3 et plus		
Milieu de résidence					
Urbain	58,3	23,1	18,6	100,0	361
Rural	50,3	25,2	24,4	100,0	1.036
Niveau de pauvreté					
Plus pauvres	52,3	25,7	22,0	100,0	278
Pauvres	45,0	25,2	29,8	100,0	312
Moyens	49,5	26,0	24,5	100,0	306
Riches	54,9	25,9	19,2	100,0	292
Plus riches	64,4	18,7	16,8	100,0	209
Niveau d'instruction de la femme					
Sans instruction	51,9	28,6	19,5	100,0	415
Primaire	52,5	20,8	26,7	100,0	585
Secondaire ou plus	52,8	25,7	21,5	100,0	387
Age de la femme					
15-19 ans	50,8	27,0	22,2	100,0	393
20-34 ans	53,1	24,6	22,3	100,0	715
35-49 ans	52,8	21,8	25,4	100,0	289
Total	52,4	24,7	22,9	100,0	1.397

Parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels avec des partenaires sexuels occasionnels au cours des 12 derniers mois, plus de la moitié (52%) les ont eus avec un seul partenaire, un quart (25%) avec deux partenaires et un autre quart (23%) avec trois partenaires ou plus. La moyenne est de 1,7 partenaires.

La proportion de femmes ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel occasionnel varie peu avec le niveau de pauvreté (autour de 50%) sauf chez les plus riches (environ 36%).

Encadré 8.6

Parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois, 48% les ont eus avec plus d'un partenaire.

8.2.3. Protection lors des rapports sexuels occasionnels

La plupart des rapports sexuels occasionnels ne sont pas protégés, ce qui constitue un véritable risque de transmission du VIH/SIDA et autres infections sexuellement transmissibles (IST). Ainsi 87% des femmes, ou leurs partenaires, n'ont pas utilisé le préservatif au cours du dernier rapport sexuel occasionnel.

Tableau 8.8 : Pourcentage des femmes ayant eu au moins un rapport sexuel occasionnel dont le partenaire a utilisé le préservatif lors du dernier rapport

Caractéristiques	% ayant utilisé le préservatif (rapports sexuels protégés)	% n'ayant pas utilisé le préservatif (rapports sexuels non-protégés)	Effectif des femmes
Milieu de résidence			
Urbain	26,2	73,8	361
Rural	8,0	92,0	1.036
Niveau de pauvreté			
Plus pauvres	6,0	94,0	278
Pauvres	9,3	90,7	312
Moyens	9,2	90,8	306
Riches	15,0	85,0	292
Plus riches	28,3	71,7	209
Niveau d'instruction de la femme			
Sans instruction	6,5	93,5	415
Primaire	8,6	91,4	585
Secondaire ou plus	25,6	74,4	387
Age de la femme			
15-19 ans	10,4	89,6	393
20-34 ans	14,9	85,1	715
35-49 ans	10,4	89,6	289
Ensemble du pays	12,7	87,3	1.397

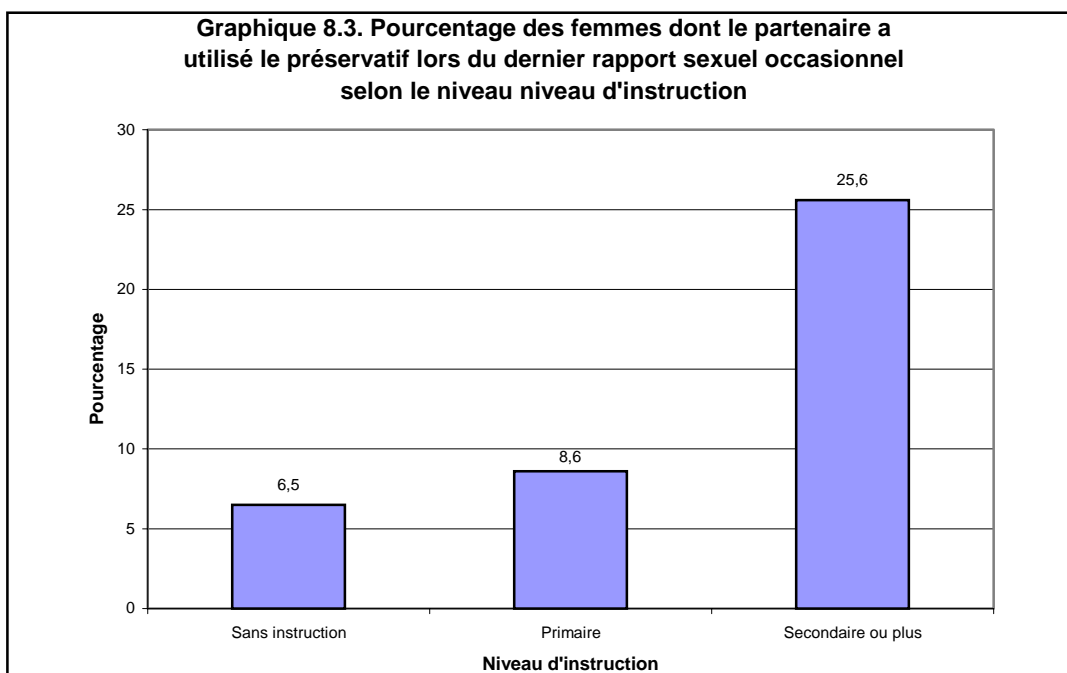
Les différences selon le milieu de résidence, le degré de pauvreté et le niveau d'instruction sont importantes. L'usage du préservatif lors des rapports occasionnels est trois fois plus fréquent dans les villes (26%) que dans les campagnes (8%). Ceci est sans doute dû au fait que les préservatifs sont moins disponibles, peu promus ou peu acceptés en milieu rural.

De même, l'usage du préservatif est presque quatre fois plus élevé parmi les femmes ayant le niveau d'instruction secondaire et plus (26%) que parmi celles sans instruction (7%). Il augmente avec le degré de richesse, passant de 6% chez les plus pauvres à 28% chez les plus riches.

Encadré 8.7

L'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels avec les partenaires occasionnels est très faible, surtout en milieu rural et parmi les femmes sans instruction.

Ceci suggère que les femmes non ou peu instruites et les femmes pauvres courent plus de risque de contamination au VIH/SIDA que les femmes plus instruites et plus riches.



8.2.4. Précocité des rapports sexuels

La précocité des rapports sexuels augmente le risque de contamination du VIH/SIDA. Physiologiquement, la femme est plus exposée que l'homme à la contamination du VIH/SIDA lors d'un rapport sexuel, parce que le vagin est plus réceptif que l'urètre. L'adolescente l'est encore plus à cause de son immaturité psychologique et de sa faible capacité de négociation. Le tableau 8.9 répartit les femmes selon l'âge au premier rapport sexuel.

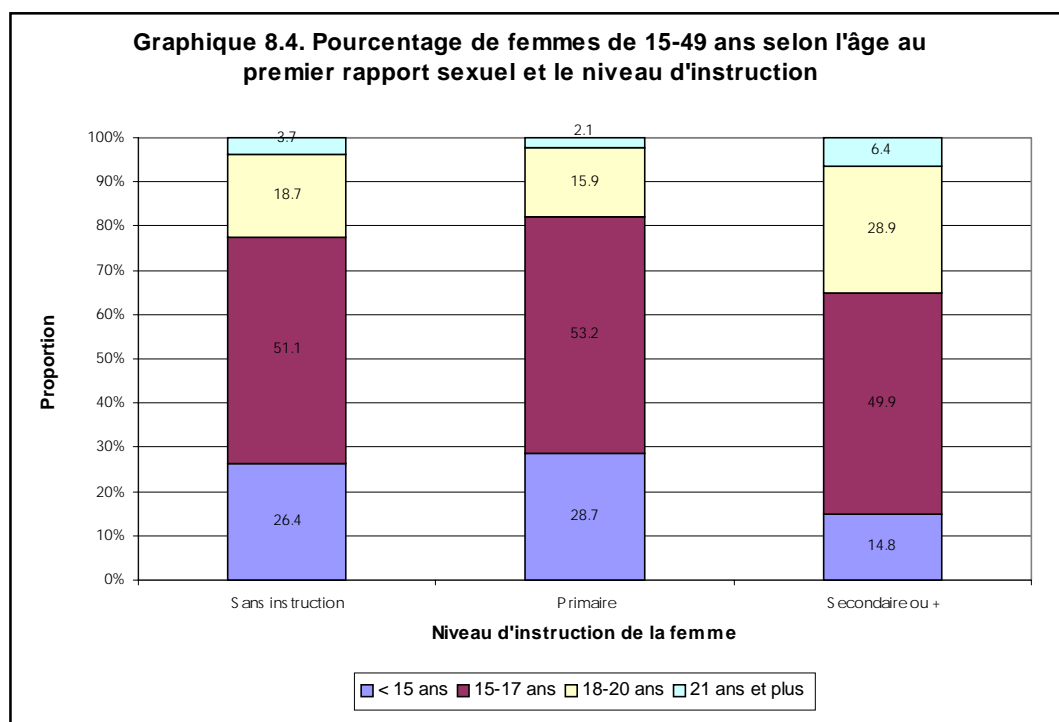
Tableau 8.9 : Pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels selon l'âge au premier rapport sexuel et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Age au premier rapport sexuel						Age moyen au 1 ^{er} rapport sexuel	Effectif des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels
	8-11 ans	12-14 ans	15-17 ans	18-20 ans	21 et + ans	Total		
Milieu de résidence								
Urbain	0,8	18,0	51,5	24,5	5,3	100,0	16,5	3.219
Rural	1,9	24,4	51,6	18,8	3,3	100,0	15,9	6.815
Province								
Kinshasa	0,4	13,3	49,0	29,6	7,7	100,0	17,0	1.182
Bas-Congo	2,8	20,2	51,9	23,2	1,8	100,0	16,0	665
Bandundu	2,4	25,3	48,5	20,0	3,8	100,0	15,9	1.166
Equateur	2,2	27,7	51,6	17,6	0,9	100,0	15,5	1.013
Orientale	2,6	28,2	52,1	15,1	2,0	100,0	15,5	1.277
Nord-Kivu	0,8	20,6	49,7	24,2	4,7	100,0	16,4	705
Sud-Kivu	1,5	17,7	48,5	22,9	9,3	100,0	16,7	665
Maniema	1,0	21,2	59,6	17,9	0,3	100,0	15,8	286
Katanga	1,0	27,9	48,2	19,1	3,9	100,0	15,9	1.331
Kasaï Oriental	0,9	19,9	54,7	20,2	4,3	100,0	16,1	884
Kasaï Occidental	0,6	16,6	61,5	18,3	3,1	100,0	16,1	863
Niveau de pauvreté								
Plus pauvres	2,2	25,8	51,7	17,6	2,7	100,0	15,7	2.028
Pauvres	1,8	25,7	50,9	18,5	3,1	100,0	15,8	1.943
Moyens	1,9	22,6	52,7	19,9	2,8	100,0	15,9	1.979
Riches	1,0	22,5	53,5	19,0	4,0	100,0	16,0	2.006
Plus riches	0,7	15,3	49,2	27,9	6,9	100,0	16,8	2.079
Niveau d'instruction								
Sans instruction	1,7	24,7	51,1	18,7	3,7	100,0	15,9	2.859
Primaire	2,1	26,6	53,2	15,9	2,1	100,0	15,6	4.087
Secondaire ou plus	0,5	14,3	49,9	28,9	6,4	100,0	16,8	2.991
Programme non formel	0,0	16,7	47,9	25,4	10,0	100,0	17,0	92
Ensemble du pays	1,5	22,3	51,6	20,7	3,9	100,0	16,1	10.034

Parmi les femmes en âge de procréer ayant déjà eu des rapports sexuels, 24% déclarent les avoir eus avant l'âge de 15 ans⁽¹⁾, dont 2% avant 12 ans. Par ailleurs, 52% de femmes ont eu leurs premiers rapports sexuels entre 15 et 17 ans, et 21% entre 18 et 20 ans. Compte tenu des entrées tardives à l'école, un grand nombre de jeunes filles connaissent leur première expérience sexuelle alors qu'ils sont encore à l'école primaire. Ceci justifie le démarrage des cours sur la prévention du VIH/SIDA dès l'école primaire.

Par rapport au milieu de résidence, la proportion des femmes ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans est plus importante en milieu rural (26%) qu'en milieu urbain où elle n'est que de 19%. Cette proportion est plus faible à Kinshasa (14%) et au Kasai Occidental (17%). C'est dans la province Orientale (31%), à l'Equateur (30%), au Katanga (29%) et au Bandundu (28%) que ces proportions sont les plus élevées, sans doute à cause des us et coutumes.

On note une augmentation nette de la précocité des rapports sexuels en fonction du degré de pauvreté et du niveau d'instruction de la mère. En effet, les femmes qui ont des rapports sexuels avant 15 ans sont plus nombreuses dans les ménages les plus pauvres (28%) comparées aux plus riches (16%). Le même écart s'observe entre les femmes sans instruction (26%) et celles qui ont atteint le niveau secondaire ou plus (15%).



L'âge moyen au premier rapport sexuel est de 16,1 ans. L'âge minimum est de 8 ans et le maximum de 39 ans, avec une médiane de 16 ans. L'âge moyen au premier rapport sexuel est quasiment le même selon le milieu de résidence, le niveau de pauvreté et le niveau d'instruction de la femme.

8.3. PREVALENCE CONTRACEPTIVE

Cette section analyse les méthodes contraceptives, modernes et traditionnelles, utilisées par les femmes mariées ou en union libre âgées de 15 à 49 ou par leur partenaire (tableau 8.10). Les méthodes modernes comprennent la stérilisation, la pilule, le stérilet, les injections, les implants, le préservatif, le diaphragme, les spermicides. Les méthodes traditionnelles comprennent l'allaitement, l'abstinence périodique, le retrait ainsi que les méthodes dites populaires (infusions, bains, ...).

⁽¹⁾ La loi fixe à 15 ans l'âge minimum du mariage pour la jeune fille (Code de la famille, article 352).

Tableau 8.10 : Répartition (en %) des femmes en union âgées de 15-49 ans qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) actuellement une méthode contraceptive

Caractéristiques	Méthode actuelle														Total
	Aucune méthode	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Pillule	DIU (stérilet)	Injections	Implants	Condom	Condom féminin	Diaphragme/mousse/gelée	Méthode d'allaitement (LAM)	Abstinence périodique	Retrait	Autre	
Milieu de résidence															
Urbain	61,4	0,8	0,2	2,5	0,5	0,9	0,0	3,9	0,0	0,0	3,6	22,3	2,5	1,2	100,0
Rural	71,5	0,2	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0	1,7	0,0	0,1	6,7	15,1	3,3	0,9	100,0
Province															
Kinshasa	50,7	0,9	0,1	2,9	0,5	0,6	0,1	6,0	0,1	0,0	0,7	30,8	4,2	2,3	100,0
Bas-Congo	44,4	2,0	0,2	2,1	0,2	0,8	0,0	4,8	0,0	0,0	7,8	24,9	10,6	2,1	100,0
Bandundu	53,9	0,4	0,0	1,0	0,1	0,0	0,0	4,8	0,2	0,1	6,9	29,4	1,6	1,5	100,0
Equateur	70,1	0,8	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	8,5	14,2	4,2	0,9	100,0
Orientale	73,0	0,1	0,1	0,5	0,0	0,5	0,0	0,8	0,0	0,4	10,3	10,6	3,1	0,6	100,0
Nord-Kivu	87,1	0,2	0,0	0,2	0,3	0,9	0,0	0,4	0,0	0,0	1,2	9,0	0,0	0,6	100,0
Sud-Kivu	88,1	0,0	0,0	0,8	0,0	0,5	0,0	0,2	0,0	0,0	1,0	7,6	1,0	0,8	100,0
Maniema	75,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	19,2	5,4	0,0	100,0
Katanga	74,2	0,2	0,1	1,1	0,2	0,2	0,0	2,4	0,0	0,0	6,6	11,2	3,2	0,4	100,0
Kasaï Oriental	79,2	0,0	0,0	0,9	0,1	0,3	0,0	1,3	0,0	0,0	4,0	12,1	1,5	0,6	100,0
Kasaï Occidental	61,9	0,3	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	0,1	7,6	23,0	2,6	0,8	100,0
Niveau de pauvreté															
Plus pauvres	72,6	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	1,1	0,0	0,3	7,3	13,9	3,8	0,5	100,0
Pauvres	71,6	0,4	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	1,1	0,1	0,0	7,3	15,5	2,8	0,9	100,0
Moyens	70,4	0,3	0,1	0,5	0,0	0,4	0,0	1,6	0,1	0,0	6,4	16,9	2,6	0,8	100,0
Riches	70,5	0,4	0,0	1,1	0,1	0,3	0,0	3,2	0,0	0,0	4,4	15,4	3,5	1,2	100,0
Plus riches	55,4	1,2	0,2	3,4	0,6	0,9	0,0	5,2	0,0	0,0	2,8	25,8	2,9	1,5	100,0
Niveau d'instruction de la femme															
Sans instruction	77,2	0,4	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,8	0,0	0,2	6,3	10,9	3,4	1,0	100,0
Primaire	69,7	0,4	0,0	0,6	0,0	0,2	0,0	1,9	0,0	0,0	6,6	16,8	3,0	0,9	100,0
Secondaire ou plus	57,0	0,8	0,1	2,6	0,6	0,8	0,0	4,9	0,1	0,1	4,0	25,0	2,8	1,0	100,0
Programme non formel	51,9	0,0	1,9	3,4	0,0	2,4	0,0	1,9	0,0	0,0	2,9	31,4	2,7	1,5	100,0
Age de la femme															
15-19 ans	75,7	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	3,0	0,2	0,0	6,5	11,1	2,4	0,7	100,0
20-24 ans	70,7	0,1	0,2	0,8	0,0	0,1	0,0	2,7	0,0	0,0	4,9	16,6	3,1	0,6	100,0
25-49 ans	67,3	0,5	0,0	1,1	0,2	0,4	0,0	2,2	0,0	0,1	5,9	18,0	3,2	1,1	100,0
Ensemble du pays	68,6	0,4	0,1	1,0	0,1	0,3	0,0	2,3	0,0	0,1	5,8	17,2	3,1	1,0	100,0

Une femme sur trois utilise une méthode contraceptive, moderne ou traditionnelle. Parmi ces utilisatrices, 27% ont recours à une méthode contraceptive traditionnelle et seulement 4% à une méthode contraceptive moderne pour prévenir une grossesse non-désirée. Ces chiffres sous-estiment la réalité dans la mesure où ils n'excluent pas de la sous-population susceptible de concevoir les femmes enceintes, infertiles et celles en aménorrhée post-partum.

La pratique de la contraception moderne par les femmes en union ou leur partenaires est donc particulièrement faible. Ceci expliquerait la fécondité élevée observée en RDC.

L'utilisation de la contraception moderne est plus le fait des femmes urbaines ou de leurs partenaires (9%), des femmes des ménages les plus riches (12%), des femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus (10%) et des femmes résidant dans les provinces de Kinshasa et du Bas-Congo (11%). Pour toutes les autres, la prévalence de la contraception moderne est inférieure à 10%.

La prévalence relativement élevée de la contraception traditionnelle (27%) traduirait l'existence d'une demande de la contraception.

Encadré 8.8
Seules 4 femmes sur 100 utilisent une méthode contraceptive moderne.

Le condom est la méthode moderne la plus utilisée (2%) suivie de la pilule (1%). En outre, on note que sur les 24% d'adolescentes âgées de 15-19 ans utilisatrices d'une méthode contraceptive, 3% utilisent le condom, 7% l'allaitement maternel, 2% le retrait et 11% la continence sexuelle. Deux adolescentes sur dix utilisent une méthode traditionnelle, tandis que 7 n'utilisent aucune méthode.

La prévalence contraceptive est légèrement plus élevée chez les femmes de 25-49 ans (33%) que chez les femmes de 20-24 ans (29%) et chez les adolescentes de 15-19 ans (24%).

CONCLUSION

Ce chapitre a analysé les comportements sexuels, les connaissances des femmes en âge de procréer en matière de transmission et de prévention du VIH/SIDA, et la contraception. Les données analysées ne concernent que les femmes, car MICS2 n'a pas collecté d'informations auprès des hommes.

Il ressort des analyses effectuées que:

- Concernant la connaissance des principaux moyens de prévention du VIH/SIDA, 80% des femmes ont cité le fait d'avoir un seul partenaire fidèle non infecté, 75% le fait d'utiliser une aiguille non souillée, mais il n'y a que 48% qui ont mentionné l'utilisation correcte du condom. Il faut signaler qu'il n'y a que 40% de ces femmes qui ont pu citer à la fois les trois principaux moyens de prévention contre le VIH/SIDA;
- Quant à la connaissance des conceptions erronées sur le VIH/SIDA, il n'y a que 35% des femmes qui savent que le SIDA ne se transmet pas par les piqûres de moustiques, 60% par le fait de toucher une personne infectée et 50% par des moyens surnaturels. La proportion des femmes qui ont su identifier les trois modes erronés est très faible : 20%;
- Quand on tient compte de la connaissance à la fois des trois principaux modes de transmission du VIH/SIDA et des trois modes erronés, il n'y a que 10% des femmes qui ont une bonne connaissance de la transmission du VIH/SIDA. Parmi les femmes du milieu rural et celles du niveau socio-économique bas, il y en a très peu qui ont une bonne connaissance de la transmission du VIH/SIDA.

- 11% des femmes en âge de procréer ont eu des rapports sexuels occasionnels au cours des 12 derniers mois. Parmi elles, il n'y a que 13% de leurs partenaires qui ont utilisé les préservatifs lors du dernier rapport. Les femmes du milieu rural sont les plus exposées car il n'y a que 8% d'entre elles qui ont eu leur dernier rapport sexuel occasionnel protégé. Les femmes les plus instruites semblent afficher un comportement moins à risque : 28% d'entre elles se protègent lors de ces rapports. Ce comportement à risque se retrouve plus en milieu rural et chez les femmes les plus pauvres;
- Près de la moitié des femmes ayant eu des rapports avec des partenaires occasionnels les ont eus avec plus d'un partenaire (48%).
- La précocité des rapports sexuels est un autre élément révélateur de comportement à risque pour le VIH/SIDA : 24% des femmes enquêtées ont eu leur première expérience sexuelle lorsqu'elles n'avaient pas encore atteint l'âge de 15 ans;
- L'utilisation des méthodes contraceptives est encore très faible. En effet, il n'y a que 31% des femmes enquêtées qui ont reconnu utiliser actuellement une méthode contraceptive moderne ou traditionnelle, dont 27% utilisent les méthodes traditionnelles qui sont peu fiables. Il est important de noter qu'il n'y a que 2% des femmes interviewées qui utilisent le condom comme méthode contraceptive;

Ces résultats suggèrent que des efforts importants devront être réalisés pour améliorer le niveau de connaissances, les attitudes et les pratiques en rapport avec la santé de la reproduction et le VIH/SIDA chez les femmes en âge de procréer.

INTRODUCTION

Ce chapitre examine la situation des enfants vulnérables, notamment les enfants souffrant de handicap (section 9.1) ; les enfants orphelins et les enfants ne résidant pas avec leurs parents (section 9.2) ; les enfants non enregistrés à l'état civil (section 9.3) et les enfants travailleurs (section 9.4).

L'objectif 8 du Sommet Mondial pour les Enfants stipule que les pays doivent « assurer une meilleure protection aux enfants se trouvant dans des circonstances particulièrement difficiles et s'attaquer aux causes fondamentales de ces situations ».

MICS1 n'a pas étudié ces aspects en 1995. Avec MICS2, des questions ont été posées aux personnes en charge des enfants de moins de 15 ans, en rapport avec certains droits de ces derniers à la protection.

9.1. ENFANTS AVEC HANDICAP

Par handicap, il faut entendre non seulement une infirmité physique, mais aussi un trouble mental qui mettent une personne en état d'infériorité. Ce handicap peut être dû à une blessure, un traumatisme, une maladie, etc. Au total, 520 enfants de 0 à 15 ans souffrent d'un handicap quelconque soit 2% de la population de ce groupe d'âge (tableau 9.1).

Tableau 9.1 : Pourcentage d'enfants avec handicap selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Enfants avec handicap (%)	Effectif des enfants de 0 à 15 ans
Milieu de résidence		
Urbain	1,6	7.868
Rural	2,1	18.529
Sexe de l'enfant		
Masculin	2,1	13.161
Féminin	1,8	13.236
Age de l'enfant		
0-4 ans	1,2	10.389
5-9 ans	2,1	8.373
10-14 ans	2,9	7.633
Ensemble du pays	2,0	26.397

Les différences selon le milieu de résidence et le sexe de l'enfant sont négligeables. Par contre, les enfants âgés de 0-4 ans souffrent moins d'un handicap quelconque que ceux d'autres groupes d'âge.

Il ressort des données de l'enquête que parmi les enfants avec handicap, 78% souffrent d'une infirmité physique (motrice, auditive, verbale ou visuelle) tandis que 15% sont touchés par un trouble mental. La nature du handicap n'a pas pu être déterminée pour 7% des enfants avec handicap. Parmi les enfants avec handicap physique, 44% ont un handicap moteur.

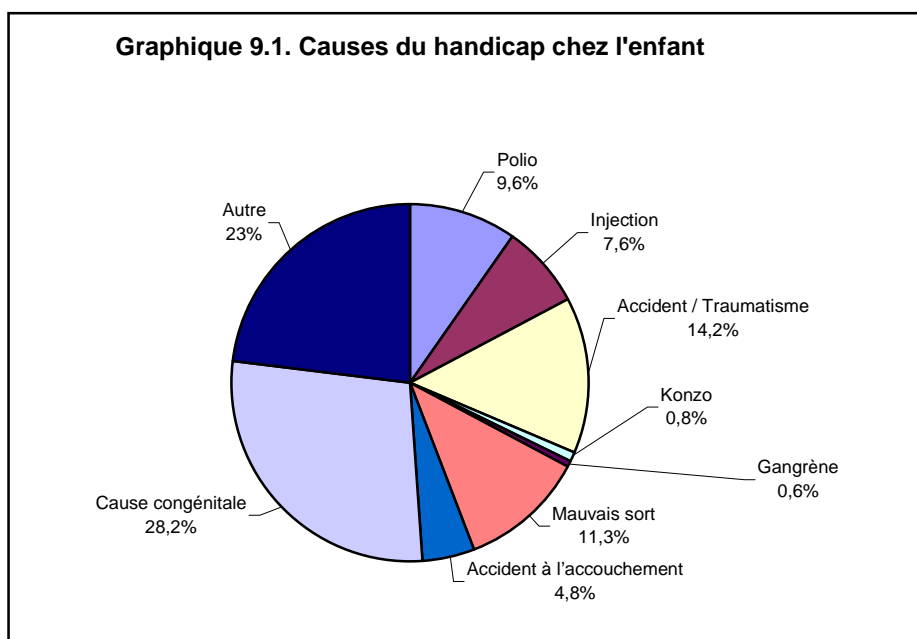
D'après les déclarations des mères ou des personnes en charge de ces enfants, le handicap chez l'enfant est dû principalement aux causes congénitales (28%), aux accidents ou traumatismes

(14%), au mauvais sort (11%), à la poliomyélite (10%), aux injections mal administrées (8%) et aux accidents à l'accouchement (5%). D'autres causes telles que le Konzo⁽¹⁾ et la gangrène sont signalées par moins de 1% des mères enquêtées (tableau 9.2).

Tableau 9.2 : Pourcentage d'enfants souffrant d'un handicap quelconque selon les différentes causes

Causes du handicap	%
Poliomyélite	9,6
Injection	7,6
Accident / Traumatisme	14,2
Konzo	0,8
Gangrène	0,6
Mauvais sort	11,3
Accident à l'accouchement	4,8
Cause congénitale	28,2
Autre	23,0
Total	100,0
Effectif des enfants	520

Notons que selon la déclaration des mères, un enfant sur dix souffre de handicap à cause d'un mauvais sort (effets nuisibles de la sorcellerie ou malédiction). Ce type de croyances doit être pris en compte dans les stratégies relatives au traitement des enfants avec handicap, du fait qu'il pousse les parents à rechercher les soins chez des guérisseurs plutôt qu'auprès des services de santé modernes.



9.2. ENFANTS NE RESIDANT PAS AVEC LEURS PARENTS ET ORPHELINS

Les enfants ne vivant pas avec leurs parents biologiques (décédés ou vivant ailleurs) courent plus de risques de discrimination, de violence, de négation de leurs droits à l'héritage, de négligence, d'exploitation économique ou sexuelle. Le tableau 9.3 présente la situation de résidence des enfants de 0 à 14 ans dans les ménages.

⁽¹⁾ Le « Konzo » est une forme de paralysie due à la consommation fréquente de manioc qui n'a pas subi un bon rouissage.

Tableau 9.3 : Pourcentage d'enfants de 0-14 ans qui ne vivent pas dans les ménages avec un parent biologique selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Statut de résidence des enfants									
	Vivant avec les 2 parents	Ne vit avec aucun des parents biologiques				Vit avec la mère		Vit avec le père		Impossible à déterminer
		Seul le père en vie	Seule la mère en vie	Les deux parents en vie	Les deux parents décédés	Le père en vie	Le père décédé	La mère En vie	La mère décédée	
Milieu de résidence										
Urbain	64,6	0,9	1,5	6,8	1,2	15,4	4,1	3,8	1,1	0,5
Rural	70,7	0,9	1,8	5,5	0,9	10,7	4,6	2,9	1,2	0,6
Province										
Kinshasa	59,2	0,9	1,4	5,9	1,6	20,1	4,3	4,6	1,2	0,9
Bas-Congo	60,4	1,5	1,3	8,2	0,6	18,9	3,1	4,2	1,4	0,5
Bandundu	71,7	0,7	0,9	4,3	0,7	15,2	3,8	1,7	0,8	0,3
Equateur	67,2	1,1	1,9	5,9	1,5	10,3	4,8	4,7	1,4	1,3
Orientale	64,6	0,9	1,9	9,0	0,7	12,0	3,9	5,2	1,1	0,8
Nord-Kivu	71,1	1,0	2,2	4,5	1,3	9,3	6,0	1,9	2,0	0,7
Sud-Kivu	70,6	1,0	3,0	4,3	1,5	8,5	7,1	2,1	1,7	0,4
Maniema	67,3	2,1	2,7	7,1	0,1	8,1	2,6	7,2	1,5	1,3
Katanga	69,8	0,8	1,4	6,2	1,0	12,3	5,3	2,2	0,8	0,3
Kasaï Oriental	76,3	0,7	1,8	5,1	0,5	8,2	3,9	2,2	1,1	0,1
Kasaï Occidental	76,9	0,8	1,6	4,8	1,3	7,9	3,5	2,1	1,0	0,1
Niveau de pauvreté										
Plus pauvres	68,6	0,9	2,0	6,4	0,8	11,3	5,1	3,0	1,3	0,7
Pauvres	70,7	0,9	1,4	4,6	1,0	10,9	5,2	3,4	1,3	0,6
Moyens	72,1	1,0	1,8	5,4	0,9	11,0	4,1	2,3	1,0	0,4
Riches	70,6	1,0	1,6	5,4	1,0	11,8	4,0	3,0	1,2	0,3
Plus riches	61,8	0,9	1,7	8,1	1,4	15,8	3,9	4,5	1,1	0,7
Sexe de l'enfant										
Masculin	68,8	0,7	1,6	5,4	1,1	12,4	4,5	3,6	1,3	0,6
Féminin	69,0	1,2	1,8	6,5	0,9	11,8	4,5	2,8	1,1	0,5
Age de l'enfant										
0-4 ans	75,9	0,4	0,5	2,5	0,2	15,5	2,7	1,5	0,4	0,3
5-9 ans	68,0	0,9	1,8	7,0	1,1	10,7	4,8	3,9	1,3	0,5
10-14 ans	60,4	1,8	3,2	9,3	2,1	9,0	6,5	4,7	2,2	0,8
Ensemble	68,9	0,9	1,8	5,9	1,0	12,1	4,5	3,2	1,2	0,5

9.2.1. Enfants vivant dans le ménage sans un parent biologique

MICS2 a dénombré 26.395 enfants de moins de 15 ans. Parmi eux, 90% vivent dans le ménage avec un ou les deux parents : 69% vivent avec les deux parents; 17% vivent avec leur mère seulement et 4% avec le père seulement.

Presque 10% d'enfants vivent dans le ménage sans aucun parent biologique : 1% sont orphelins de père et de mère et 9% ont leurs parents qui vivent ailleurs.

Encadré 9.1

Un enfant sur dix vit dans le ménage sans aucun parent biologique. La plupart d'entre eux sont des enfants confiés.

Les proportions d'enfants âgés de 0 à 14 ans vivant dans le ménage sans aucun parent biologique varient peu selon le milieu de résidence (11% en milieu urbain et 9% en milieu rural), le sexe de l'enfant et le niveau de pauvreté, à l'exception des ménages les plus riches où cette proportion est de 12%. Ces enfants sont proportionnellement plus nombreux dans la province Orientale (13%), le Maniema et le Bas-Congo (12%) ainsi que dans le groupe d'âges 10-14 ans (16%).

Parmi les enfants vivant dans un ménage sans aucun parent biologique, l'un des deux ou les deux étant en vie, mais vivant ailleurs, 93% vivent dans le ménage d'un parent ascendant ou descendant. Il s'agit des enfants "confiés". Le phénomène de "confiage" ainsi que ses conséquences ont fait l'objet de plusieurs études en RDC. Ces études s'accordent à reconnaître que les enfants confiés sont généralement moins scolarisés que ceux vivant avec leurs parents et sont plus sollicités pour les travaux domestiques (Lututala, Ngondo et Munkeni, 1996).

Dans la société congolaise, l'on observe que certains conjoints urbains sollicitent, auprès des membres de la famille résidant dans les villages, des enfants pour les aider dans les travaux domestiques. Cela arrive souvent lorsqu'un jeune couple se forme dans les villes, et que l'épouse et l'époux travaillent. C'est pour cette raison que ce sont souvent les jeunes filles qui sont sollicitées, car plus aptes aux travaux domestiques et qui, par conséquent, migrent des villages vers les villes. Ce qui est vu par les enfants concernés comme une ascension sociale par rapport aux autres enfants qui restent au village, est en réalité une exploitation socio-économique des jeunes enfants d'origine rurale par les citadins, surtout si ces derniers ne leur assurent pas comme il se doit leurs droits à l'éducation, à la santé, à l'alimentation, à l'habillement.

C'est à partir de l'âge scolaire que la pratique des enfants confiés se fait remarquer. Ceci renvoie à un autre volet du phénomène, celui du poids économique des enfants confiés sur les ménages d'accueil. Les effets de la crise économique rendent certains parents incapables de subvenir aux besoins scolaires de leurs enfants. Ces derniers sont alors confiés à d'autres membres de famille pour qu'ils prennent leur scolarisation en charge.

9.2.2. Enfants orphelins

La population congolaise compte 6% d'enfants orphelins de père, 2% d'orphelins de mère et 1% d'orphelins de père et de mère (tableau 9.4). Presque un enfant sur dix est orphelin. Il y a plus d'orphelins de père que d'orphelins de mère parmi les enfants de moins de 15 ans. Cet écart est dû entre autres à l'espérance de vie des hommes qui est inférieure à celle des femmes. On note une plus grande proportion (7%) dans les ménages les plus pauvres. La proportion d'orphelins de père est sensiblement la même en milieu rural qu'en milieu urbain (6%).

Tableau 9.4 : Pourcentage d'enfants de 0-14 ans orphelins vivant dans les ménages selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Orphelins de mère	Orphelins de père	Orphelins de père et de mère	Un ou les deux parents décédés	Effectifs des enfants
Milieu de résidence					
Urbain	2,0	5,6	1,2	8,8	7.868
Rural	2,2	6,4	0,9	9,6	18.527
Province					
Kinshasa	2,1	5,7	1,6	9,4	2.418
Bas-Congo	2,9	4,4	0,6	7,8	1.638
Bandundu	1,5	4,7	0,7	6,8	3.014
Equateur	2,5	6,7	1,5	10,7	2.668
Orientale	2,0	5,8	0,7	8,5	3.324
Nord-Kivu	3,0	8,3	1,3	12,6	1.995
Sud-Kivu	2,7	10,1	1,5	14,3	1.924
Maniema	3,6	5,3	0,1	9,0	714
Katanga	1,6	6,7	1,0	9,2	3.738
Kasai Oriental	1,8	5,7	0,5	8,1	2.461
Kasai Occidental	1,8	5,1	1,3	8,2	2.501
Niveau de pauvreté					
Plus pauvres	2,1	7,1	0,8	10,1	5.230
Pauvres	2,2	6,6	1,0	9,8	5.455
Moyens	2,0	6,0	0,9	8,8	5.518
Riches	2,2	5,6	1,0	8,9	5.264
Plus riches	2,1	5,6	1,4	9,1	4.929
Sexe de l'enfant					
Masculin	2,0	6,1	1,1	9,2	13.159
Féminin	2,2	6,3	0,9	9,5	13.236
Age de l'enfant					
0-4 ans	0,8	3,2	0,2	4,2	10.389
5-9 ans	2,1	6,6	1,1	9,9	8.373
10-14 ans	3,9	9,7	2,1	15,7	7.633
Total	2,1	6,2	1,0	9,3	26.395

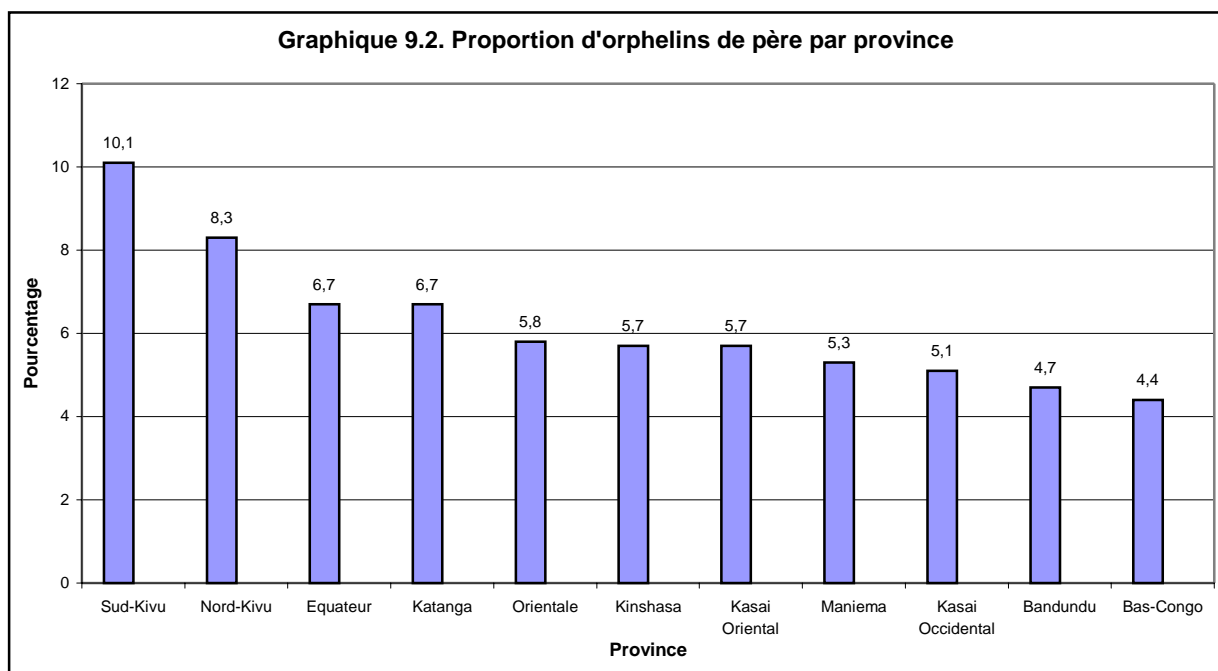
Les proportions d'orphelins de père restent plus élevées dans les provinces affectées par la guerre, surtout le Sud-Kivu (10%) et le Nord-Kivu (8%). Les taux sont de 7% dans les provinces de l'Equateur et du Katanga.

La guerre engendre d'autres problèmes sociaux (la pauvreté, les maladies sexuellement transmissibles, etc.), qui sous-tendent une mortalité élevée des parents.

Dans les autres provinces, les taux sont égaux ou légèrement inférieurs à la moyenne nationale. C'est dans le Bandundu (5%) et le Bas-Congo (4%) que ces taux sont les plus faibles.

Encadré 9.2

Presque un enfant sur dix est orphelin de père, de mère ou des deux parents.



9.3. ENREGISTREMENT DES NAISSANCES A L'ETAT CIVIL

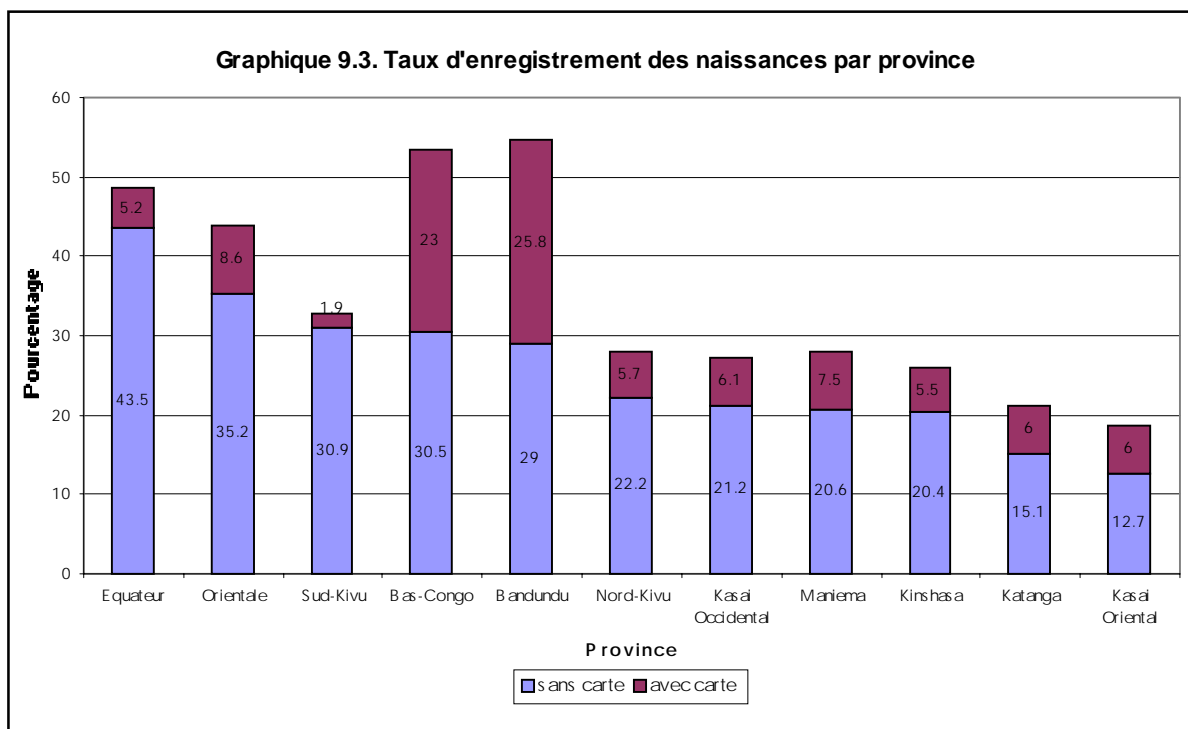
La Convention internationale sur les droits de l'enfant stipule que « l'enfant est enregistré aussitôt sa naissance et a, dès celle-ci, le droit à un nom, le droit d'acquérir une nationalité et, dans la mesure du possible, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux ». L'enregistrement des naissances à l'Etat civil constitue un moyen fondamental de préserver ces droits. En RDC, l'article 116 du Code de la famille fait obligation aux parents de déclarer toute naissance à l'officier de l'Etat civil de la résidence du père ou de la mère dans les 30 jours qui suivent la naissance. Le tableau 9.5 indique le pourcentage des enfants enregistrés à l'Etat civil.

Sur les 9.454 enfants âgés de moins de 5 ans enquêtés, 34% sont enregistrés à l'Etat civil ; 10% de ces enregistrements sont confirmés par la présence d'un extrait d'acte de naissance, tandis que 24% des cas le sont selon une simple déclaration des mères. Ainsi, deux naissances sur trois ne sont pas déclarées à l'Etat civil.

Tableau 9.5 : Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans enregistrés à l'Etat civil selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Enregistré avec extrait d'acte de naissance		Enregistré à l'Etat civil			Nombre d'enfants
	Oui	Non	Oui	Non	Total	
Milieu de résidence						
Urbain	8,1	21,4	29,5	70,5	100,0	3.062
Rural	10,7	25,5	36,1	63,9	100,0	6.392
Province						
Kinshasa	5,5	20,4	25,9	74,1	100,0	921
Bas-Congo	23,0	30,5	53,5	46,5	100,0	656
Bandundu	25,8	29,0	54,8	45,2	100,0	1.257
Equateur	5,2	43,5	48,7	51,3	100,0	227
Orientale	8,6	35,2	43,8	56,2	100,0	1.255
Nord-Kivu	5,7	22,2	28,0	72,0	100,0	719
Sud-Kivu	1,9	30,9	32,9	67,1	100,0	700
Maniema	7,5	20,6	28,1	71,9	100,0	266
Katanga	6,0	15,1	21,1	78,9	100,0	1.464
Kasaï Oriental	6,0	12,7	18,7	81,3	100,0	965
Kasaï Occidental	6,1	21,2	27,3	72,7	100,0	1.022
Niveau de pauvreté						
Plus pauvres	10,9	27,0	37,9	62,1	100,0	1.760
Pauvres	9,3	24,6	33,9	66,1	100,0	1.924
Moyens	10,9	23,5	34,3	65,7	100,0	2.036
Riches	7,3	25,0	32,3	67,7	100,0	1.926
Plus riches	10,9	20,8	31,7	68,3	100,0	1.808
Niveau d'instruction de la mère						
Sans instruction	9,1	25,0	34,2	65,8	100,0	2.655
Primaire	10,0	23,8	33,8	66,2	100,0	3.972
Secondaire ou plus	10,2	24,1	34,3	65,7	100,0	2.731
Programme non formel	7,6	18,3	25,9	74,1	100,0	91
Sexe de l'enfant						
Masculin	9,6	23,9	33,5	66,5	100,0	4.752
Féminin	10,0	24,4	34,5	65,5	100,0	4.702
Age de l'enfant						
Moins de 6 mois	6,1	9,0	15,1	84,9	100,0	1.005
6-11 mois	10,1	17,0	27,1	72,9	100,0	1.028
12-23 mois	9,1	22,9	32,0	68,0	100,0	2.060
24-35 mois	10,9	26,1	37,0	63,0	100,0	1.813
36-47 mois	10,5	30,5	41,0	59,0	100,0	1.663
48-59 mois	11,1	30,8	41,9	58,1	100,0	1.804
Ensemble du pays	9,8	24,2	34,0	66,0	100,0	9.454

Les taux d'enregistrement des naissances (avec ou sans extrait d'acte de naissance) les plus importants s'observent au Bandundu (55%) et au Bas-Congo (54%) ; les plus bas se retrouvent au Kasaï Oriental (19%), au Katanga (21%) et aussi à Kinshasa (26%).



Le taux d'enregistrement des naissances à l'Etat civil augmente avec l'âge des enfants. Il va de 15% chez les enfants de moins de 6 mois à 42% chez ceux de 48-59 mois. Ceci dénote le caractère tardif de l'enregistrement des naissances par les parents qui ne se conforment pas aux prescrits de l'article 116 du Code de la famille.

Par ailleurs, aucune discrimination selon le sexe de l'enfant n'est observée quant à l'enregistrement des naissances. De même, le niveau d'instruction de la mère n'a aucune influence sur cette pratique. Quant au niveau de pauvreté, on observe que les plus pauvres font plus enregistrer les enfants (38%) que les plus riches (32%).

Le tableau 9.6 indiquent les raisons du non-enregistrement des naissances à l'Etat civil. Les mères interrogées ont avancé plusieurs raisons. Les principales sont l'ignorance des mères en la matière (26%), le manque d'intérêt (16%), le coût élevé de l'enregistrement (14%) ainsi que l'éloignement du centre d'enregistrement (10%).

Tableau 9.6 : Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans non enregistrés à l'Etat civil selon les raisons du non-enregistrement et certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Enregistré à l'état civil	La naissance n'a pas été enregistrée parce que							
		Coût trop élevé	Eloignement centre d'enregistrement	Ne savait pas qu'elle devrait enregistrer	En retard et ne voulait pas payer amende	Ne sait pas où l'enregistrer	Sans intérêt	Autre	Ne sait pas
Milieu de résidence									
Urbain	29,5	11,8	3,3	36,4	1,9	7,9	20,0	13,2	5,5
Rural	36,1	14,5	13,9	21,0	3,9	6,4	13,2	23,2	3,9
Province									
Kinshasa	25,9	14,5	4,5	36,7	1,0	9,0	19,1	10,4	4,8
Bas-Congo	53,5	14,0	19,5	14,4	4,0	2,7	19,2	22,3	4,0
Bandundu	54,8	28,7	9,6	8,7	13,3	5,2	16,6	14,4	3,6
Equateur	48,7	12,4	11,6	16,9	2,0	7,8	30,3	17,3	1,7
Orientale	43,8	14,0	11,8	11,6	4,5	6,0	11,2	34,1	6,8
Nord-Kivu	28,0	23,9	4,3	20,6	3,5	8,0	8,6	28,4	2,7
Sud-Kivu	32,9	21,7	3,7	5,8	3,0	1,7	6,4	46,3	11,6
Maniema	28,1	18,8	8,9	42,1	0,0	4,5	6,9	13,9	5,0
Katanga	21,1	6,1	9,8	35,5	1,6	10,3	17,4	15,7	3,7
Kasai Oriental	18,7	6,9	10,8	38,3	0,2	5,9	23,1	10,7	4,1
Kasai Occidental	27,3	5,6	19,2	36,6	2,4	8,0	13,8	13,1	1,3
Niveau de pauvreté									
Plus pauvres	37,9	18,3	15,9	15,4	1,5	7,3	10,6	27,2	3,9
Pauvres	33,9	12,0	13,4	23,4	4,6	6,9	15,0	21,7	3,0
Moyens	34,3	13,3	11,6	26,8	3,8	5,5	13,9	20,0	5,2
Riches	32,3	12,7	7,7	28,7	4,1	8,2	15,8	17,8	5,0
Plus riches	31,7	12,2	3,1	36,1	1,6	6,9	22,2	12,9	5,0
Niveau d'instruction de la mère									
Sans instruction	34,2	14,6	12,2	23,9	2,7	6,9	13,4	22,1	4,2
Primaire	33,8	14,1	12,2	25,1	3,3	7,3	13,6	20,5	4,1
Secondaire ou plus	34,3	11,9	5,7	30,3	3,6	6,5	20,1	16,6	5,3
Programme non formel	25,9	11,0	1,8	34,4	0,0	6,4	28,1	15,4	3,0
Sexe de l'enfant									
Masculin	33,5	13,8	10,0	27,2	2,8	7,0	14,6	19,7	4,8
Féminin	34,5	13,3	10,5	25,4	3,5	6,9	16,5	19,8	4,1
Age de l'enfant									
Moins de 6 mois	15,1	14,9	11,2	21,4	1,8	7,2	11,6	26,4	5,5
6-11 mois	27,1	13,2	11,7	25,4	2,3	6,9	13,9	22,7	4,0
12-23 mois	32,0	13,3	9,6	27,5	3,9	7,0	16,0	18,3	4,5
24-35 mois	37,0	13,8	10,6	29,3	2,8	6,9	15,4	17,4	3,9
36-47 mois	41,0	14,1	9,5	25,0	4,4	5,9	18,5	17,7	4,9
48-59 mois	41,9	12,8	8,4	28,0	3,5	7,5	16,6	19,3	3,9
Ensemble du pays	34,0	13,6	10,2	26,3	3,2	6,9	15,5	19,8	4,4

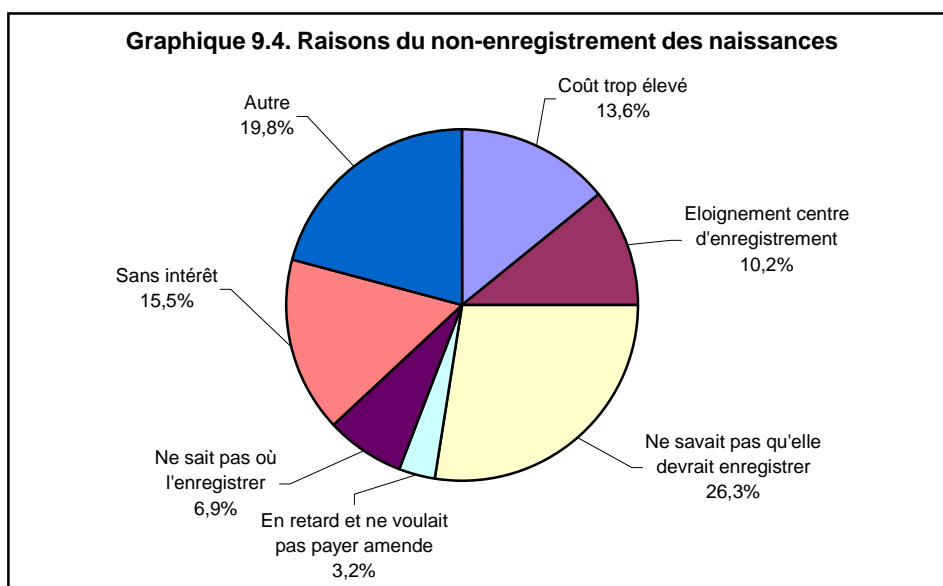
Ainsi, plus d'un quart de mères enquêtées ne savaient pas qu'il fallait faire enregistrer leurs enfants à l'état civil. La proportion des femmes qui ne le savent pas est plus importante en milieu urbain (36%) qu'en milieu rural (21%) et dans les provinces du Maniema, du Katanga, des deux Kasai et dans la ville de Kinshasa. Le coût trop élevé de l'enregistrement est plus évoqué au Bandundu (29% de mères) et au Nord-Kivu (24%), l'absence d'intérêt à l'Equateur (30%) et l'ignorance du lieu d'enregistrement au Katanga (10%).

L'éloignement du centre d'enregistrement est plus signalé au Bas-Congo (20%) et au Kasai Occidental (19%). Cette raison est surtout évoquée en milieu rural où le chef-lieu du secteur (centre d'enregistrement) peut se situer à plus de 20 km de certains villages.

Encadré 9.3

Deux enfants sur trois ne sont pas enregistrés à l'état civil. Seulement un enfant sur dix disposait d'un extrait d'acte de naissance au moment de l'enquête.

La principale cause du non-enregistrement des naissances est l'ignorance par la mère de son importance.



Etant donné la gratuité de l'enregistrement des naissances dans les 30 jours prescrits par la loi, le coût évoqué par les mères ou personnes en charge d'enfants de moins de cinq ans se réfère aux frais liés au jugement supplétif imposé lorsque l'enregistrement est hors délai.

9.4. TRAVAIL DES ENFANTS

Selon les estimations du Bureau International du Travail (BIT,1998), au moins 120 millions d'enfants de 5 à 14 ans travaillent dans le monde. La RDC n'échappe pas à ce phénomène. Les enfants qui travaillent ont, en principe, moins de chance d'être scolarisés et courent plus de risque d'abandonner l'école. Le travail des enfants n'est souvent pas réglementé ; il s'exerce sans mesures de protection contre les abus. En outre, de nombreux types d'activités sont dangereux ou présentent des risques pour la santé et le développement des enfants.

L'enquête MICS2 a cherché à connaître l'ampleur et la nature du travail des enfants. Le tableau 9.7 renseigne sur les enfants qui exercent :

- un travail, rémunéré ou non, pour le compte d'une personne qui n'est pas membre de leur ménage ;
- des travaux domestiques pour leur ménage ;
- d'autres travaux pour la famille, dans une ferme ou dans les affaires (travaux économiques) ;
- un travail rémunéré pour leur propre compte.

9.4.1. Ampleur du phénomène et caractéristiques

MICS2 considère qu'un enfant travaille quand il effectue un travail pour une personne extérieure au ménage, un travail domestique pendant 4 heures ou plus par jour ou d'autres travaux pour la famille. Les enfants qui travaillent pour leur propre compte ont aussi été pris en considération. En RDC, 24% d'enfants âgés de 5 à 14 ans travaillent actuellement. Cette proportion ne change pas même si la catégorie des enfants qui travaillent pour leur propre compte n'était pas mise en évidence.

Encadré 9.4

Un enfant sur quatre travaille actuellement : il effectue soit un travail pour le compte d'une personne non membre de son ménage, soit un travail domestique pendant 4 heures ou plus par jour ou d'autres travaux pour la famille (dans une ferme ou dans les affaires).

Tableau 9.7 : Pourcentage d'enfants de 5-14 ans qui travaillent actuellement selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Travail pour personne extérieure au ménage		Travaux ménagers		Autre Travail pour la famille	Travail propre compte	Travaille actuellement	Nombre d'enfants
	Payé	Non payé	Moins de 4h par jour	4h ou plus par jour				
Milieu de résidence								
Urbain	1,1	7,8	45,3	5,5	8,6	2,6	19,4	4.760
Rural	2,3	8,0	42,8	7,4	14,0	4,5	26,2	11.246
Province								
Kinshasa	0,4	4,9	47,1	3,2	5,5	1,2	12,2	1.487
Bas-Congo	0,3	6,4	47,8	4,6	18,1	3,5	25,3	975
Bandundu	1,7	16,4	45,1	6,0	10,6	8,5	28,9	1.741
Equateur	1,4	3,1	47,4	6,1	23,8	6,9	30,4	1.629
Orientale	2,0	4,5	39,3	7,5	15,0	2,8	23,4	2.049
Nord-Kivu	4,8	10,8	31,2	19,8	4,1	3,6	30,8	1.265
Sud-Kivu	3,8	7,8	44,2	9,4	10,6	4,1	25,0	1.216
Maniema	1,7	20,5	48,8	6,8	13,8	8,5	33,9	445
Katanga	2,0	5,5	42,1	4,6	13,9	2,2	21,8	2.252
Kasai Oriental	1,1	9,1	48,5	3,4	9,1	2,6	19,4	1.484
Kasai Occidental	2,2	8,8	43,1	6,4	10,3	2,4	23,5	1.463
Niveau de pauvreté								
Plus pauvres	2,2	7,9	43,3	8,2	12,9	5,1	25,3	3.072
Pauvres	2,5	8,4	42,9	6,9	13,7	5,0	25,7	3.280
Moyens	2,4	7,5	42,2	7,0	14,1	3,9	26,4	3.332
Riches	2,1	8,6	41,8	7,5	12,0	3,7	25,0	3.239
Plus riches	0,4	7,3	47,9	4,5	8,8	1,7	18,2	3.083
Niveau d'instruction de la mère								
Sans instruction	2,7	7,6	43,6	7,6	14,1	4,2	26,5	5.256
Primaire	1,7	8,3	42,3	7,3	12,8	4,4	25,0	6.296
Secondaire ou plus	1,4	7,8	45,7	5,3	9,5	3,0	20,3	4.141
Programme non formel	0,0	11,2	45,2	3,2	16,5	1,7	24,4	180
Sexe de l'enfant								
Masculin	2,3	7,3	35,2	4,6	12,4	4,4	22,7	7.952
Féminin	1,6	8,6	51,8	9,1	12,3	3,4	25,7	8.055
Age de l'enfant								
5-9 ans	0,0	0,1	14,7	1,8	0,0	0,0	1,8	8.373
10-14 ans	4,1	16,6	75,3	12,3	25,9	8,2	48,7	7.633
Ensemble du pays	1,9	7,9	43,6	6,8	12,4	3,9	24,2	16.007

L'enquête montre que 10% d'enfants travaillent pour une personne extérieure au ménage, parmi lesquels 8% ne sont pas rémunérés. La moitié des enfants font des travaux ménagers dont 7% sont occupés à ces travaux pendant 4 heures ou plus par jour. Un peu plus d'un enfant sur dix exercent un travail pour la famille et 4% d'enfants travaillent pour leur propre compte.

En moyenne, les enfants de 5 à 14 ans qui réalisent des travaux ménagers y consacrent 14,8 heures par semaine. Il s'agit des travaux relatifs à la préparation des repas, la recherche du bois et de l'eau, le nettoyage de la maison, etc. Ces travaux s'inscrivent généralement dans le cadre de la socialisation des enfants, notamment des filles par rapport à leurs futures responsabilités d'épouses et de mères.

Ceux qui travaillent pour leur propre compte s'occupent en moyenne pendant 13,4 heures par semaine. Ils exercent des travaux agricoles (37% des cas), sont dans le petit commerce (31%) et dans les activités telles que l'exploitation des pierres précieuses (3%), l'artisanat (7%) ou exercent de petits métiers/services (cordonnerie, cirage des chaussures, lavage de voitures, etc.). Par ailleurs, les enfants qui exécutent des travaux quelconques pour des non-membres du ménage consacrent en moyenne 11,1 heures à ces travaux.

Les données du tableau 9.7 révèlent quelques différences dans le travail des enfants. Globalement les filles travaillent plus que les garçons (25% contre 22%). Elles sont deux fois plus impliquées dans les travaux domestiques, tandis que les garçons sont légèrement plus impliqués dans le travail pour leur propre compte ou le travail rémunéré pour des tiers. Ce sont essentiellement les enfants de 10-14 ans qui travaillent.

Les enfants vivant en milieu rural travaillent plus (26%) que ceux du milieu urbain (19%), sauf en ce qui concerne le travail non rémunéré pour des tierces personnes (8% dans les deux milieux).

C'est dans les provinces du Maniema (34%), du Nord-Kivu et de l'Equateur (30%) que les proportions d'enfants qui travaillent sont les plus élevées. C'est à Kinshasa (12%) que les enfants travaillent le moins. Le travail rémunéré est exercé par un plus grand nombre d'enfants du Nord-Kivu (5%) et du Sud-Kivu (4%). Par ailleurs les enfants travaillent pour leur propre compte surtout au Maniema et au Bandundu (9%), ainsi qu'à l'Equateur (7%). Le Nord-Kivu se distingue également par la plus forte proportion d'enfants faisant du travail ménager de 4 heures ou plus par jour (20%).

Les enfants des ménages les plus riches travaillent moins (18%) que ceux des autres catégories des ménages (autour de 25 %), et ce quel que soit le type de travail qui est considéré. Les enfants des mères les moins instruites travaillent plus que ceux des mères les plus instruites.

9.4.2. Types de travaux exercés par les enfants

L'enquête MICS2 s'est intéressée au type de travail exercé par les enfants pour des personnes autres que les membres de leur ménage (tableau 9.8).

Tableau 9.8 : Répartition (%) des enfants de 5 à 14 ans ayant travaillé pour une personne non-membre du ménage selon le type de travail exercé

Type de travail exercé	Effectifs d'enfants	%
Travaux des champs	394	24,9
Travaux ménagers	629	39,7
Petits métiers/services	344	21,7
Petit commerce	36	2,3
Taille ou casse de pierres/Sable	10	0,6
Creusage de pierres précieuses	4	0,3
Garde d'enfants	41	2,6
Jardinage	10	0,6
Autre	116	7,3
Total	1.584	100,0

Les travaux réalisés par les enfants de 5 à 14 ans pour de tierces personnes concernent essentiellement les travaux ménagers (40%), les travaux des champs (25%) et les petits métiers ou services (22%). Les autres travaux ne concernent qu'un petit nombre d'enfants. Ces travaux sont réalisés en grande partie sans rémunération, comme l'indique le tableau 9.9.

Encadré 9.5

Les travaux réalisés par les enfants pour des tierces personnes concernent les travaux des champs, les travaux ménagers et les petits métiers/services. Ces travaux sont souvent réalisés sans rémunération.

Tableau 9.9 : Répartition (%) des enfants de 5-14 ans ayant travaillé pour une personne non-membre du ménage selon que le travail était rémunéré ou non

Type de travail exercé	Travail payé	Travail non payé	Effectifs d'enfants
Travaux des champs	37,2	62,8	394
Travaux ménagers	7,4	92,6	629
Petits métiers/services	15,8	84,2	344
Petit commerce	37,0	63,0	36
Taille ou casse de pierres/Sable	59,3	40,7	10
Creusage de pierres précieuses	100,0	0,0	4
Garde d'enfants	20,0	80,0	41
Jardinage	0,0	100,0	10
Autre	27,9	72,1	116
Total	19,7	80,3	1.584

En effet, en ce qui concerne les principaux travaux réalisés, on constate que la majorité des enfants (80%) n'ont pas été rémunérés pour leur travail : 93% d'enfants pour les travaux ménagers, 84% en ce qui concerne les petits métiers ou services et 63% d'enfants pour ce qui est des travaux des champs.

CONCLUSION

Ce chapitre a examiné la situation des enfants en relation avec leurs droits à la protection. Il ressort de l'analyse que :

- 2% d'enfants congolais souffrent d'un handicap quelconque; avec une prédominance du handicap physique;
- 34% seulement d'enfants congolais de moins de 5 ans sont enregistrés à l'Etat civil, dont un tiers seulement dispose d'un extrait d'acte de naissance; la principale raison du non-enregistrement des enfants à l'Etat civil évoquée par les mères est leur ignorance en la matière.
- Près de 10% d'enfants de moins de 15 ans vivent dans les ménages sans aucun parent biologique et la plupart d'entre eux sont des enfants confiés;
- 9% d'enfants âgés de moins de 15 ans sont orphelins; il y a plus d'orphelins de père que de mère;
- 24% d'enfants de 5 à 14 ans travaillent actuellement. Globalement, les filles travaillent plus que les garçons, mais ceux-ci effectuent davantage des travaux rémunérés. Les enfants travaillent moins en milieu urbain, dans les ménages les plus riches et quand leur mère est plus instruite.

L'objectif 8 du SME visant à fournir une meilleure protection des enfants, en particulier ceux vivant dans des conditions difficiles, et s'attaquer aux sources qui ont causé de telles situations est loin d'être atteint en RDC en cette fin de décennie.

CONCLUSION GENERALE

Après MICS1 (ENSEF, 1995), la RDC vient de réaliser en 2001 l'enquête MICS2 dont l'objectif général était de mesurer les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs du Sommet Mondial de l'Enfant (SME) en cette fin de décennie.

Les résultats de cette enquête indiquent que la situation des enfants et des femmes en RDC ne s'est pas améliorée depuis 1995. Des progrès n'ont été réalisés que pour l'objectif du SME relatif à l'élimination quasi totale de la carence en iode. Dans la plupart des cas, la situation s'est même détériorée.

Le taux de mortalité infantile en 2001 se situe à 126‰, soit une augmentation de 12 points par rapport à son niveau de 1995 (114‰). La mortalité infanto-juvénile est, elle aussi, anormalement élevée (213‰) et a connu une augmentation de 23 points par rapport au niveau de 1995 (190‰). La mortalité maternelle est l'une des plus élevées d'Afrique et même du monde: 1.289 femmes pour 100.000 naissances vivantes meurent à la suite des causes liées à l'accouchement.

La scolarisation des enfants est l'un des secteurs les plus touchés par les conditions de vie difficiles de la population. De moins en moins d'enfants sont à l'école: près de la moitié (48%) d'enfants de 6 à 11 ans ne sont pas scolarisés en 2001, contre 44% en 1995. Dans l'ensemble, le niveau d'instruction de la population congolaise est en stagnation : 36% ont atteint le niveau secondaire en 2001 contre 35% en 1995.

La santé des mères et des enfants en RDC reste un problème réel de santé publique. La couverture des accouchements assistés par un personnel qualifié connaît une régression par rapport à 1998 (61% en 2001 contre 70% en 1998). Le taux de prévalence de la diarrhée n'a pas changé entre 1995 et 2001; il est resté autour de 22%. Par contre, le traitement correct de la diarrhée à domicile est à la baisse (11%).

La couverture vaccinale demeure faible et a très peu varié durant la décennie. La couverture du VPO3 a amorcé une légère hausse tandis que celle du BCG et du DTCoq3 a regressé. Dans tous les cas, la couverture d'aucun antigène ne se rapproche des objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants. L'écart est plus prononcé en ce qui concerne le DTCoq3. Même les JNV n'ont pas pu atteindre l'objectif de vacciner tous les enfants de moins de 5 ans : elles n'ont atteint que 54% d'enfants en 2000.

La malnutrition des enfants est encore plus préoccupante. On note une aggravation de la malnutrition aiguë (en tenant compte des cas d'oedèmes) :16% en 2001 contre 10% en 1995. Il n'y a pas eu d'amélioration notable de l'insuffisance pondérale des enfants depuis 1995 : 34% en 1995 contre 31% en 2001. Le taux d'allaitement exclusif, qui était de 32% pour les enfants de moins de 4 mois en 1995, a légèrement fléchi à 29 % en 2001.

Les comportements à risque pour le VIH/SIDA sont fréquents, si l'on considère la prévalence des rapports sexuels occasionnels et la multiplicité des partenaires, le faible usage des contraceptifs en général et au cours de ces rapports en particulier, la faible connaissance des trois principaux moyens de prévention contre le VIH/SIDA, et les conceptions erronées sur le VIH/SIDA.

La protection sociale et juridique des enfants congolais de moins de 15 ans est faible. Une bonne proportion d'entre eux (10%) ne vivent avec aucun parent biologique ou avec un seul parent biologique (21%), qui se trouve être principalement la mère. La grande majorité des enfants (68%)

ne sont pas enregistrés à l'Etat civil. Près d'un quart d'enfants travaillent pour une personne extérieure au ménage, pour leur propre compte ou pour la famille, que ce soit des travaux ménagers ou d'autres travaux.

Les résultats ci-dessus montrent que beaucoup de défis restent à relever par la RDC pour que les enfants et les femmes puissent accéder au bien-être. Pour améliorer cette situation, les actions ci-après doivent être envisagées :

RECOMMANDATIONS

- 1) Elaborer et appliquer des politiques et programmes visant à améliorer la situation sanitaire et à assainir le milieu de résidence pour combattre les maladies d'origine infectieuse et parasitaire ;
 - 2) Elaborer et mettre en oeuvre des politiques et programmes particuliers pour améliorer la situation des enfants congolais des mères les plus pauvres, les moins instruites, et habitant en milieu rural qui sont les plus vulnérables en ce qui concerne leur scolarisation, santé, nutrition et protection ;
 - 3) Etudier l'impact des variables comme la qualité des services, les coutumes, l'accessibilité géographique des soins car beaucoup d'interrogations subsistent sur les facteurs qui, au-delà du cadre de vie médiocre, expliquent la précarité de la santé des mères et des enfants ;
 - 4) Eliminer, ou à tout le moins réduire les inégalités provinciales dans l'accès aux services sociaux essentiels, étant donné que ce dernier est un droit fondamental de tout enfant; notamment par une plus grande implication des structures locales dans la planification, le suivi et l'évaluation des actions de développement;
 - 5) Revoir la position actuelle du Gouvernement d'abandonner la charge du financement de l'éducation aux parents, laquelle condamne la plupart des enfants d'âge scolaire à ne pas ou ne jamais fréquenter l'école;
 - 6) Développer des actions de prise en charge intégrée de nutrition à assise communautaire et de sécurité alimentaire des ménages pour améliorer la situation nutritionnelle du pays, qui s'est fortement détériorée par rapport à 1995;
 - 7) Par rapport au VIH/SIDA, des efforts doivent être fournis pour améliorer le niveau de connaissance, les attitudes et les pratiques en rapport avec la santé de la reproduction et le VIH/SIDA. Par ailleurs, il importe de connaître exactement le niveau actuel de prévalence du VIH/SIDA.
-

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BN-TDCI (*Bureau National de Lutte contre les Troubles dus à la Carence en Iode*), 1999, *Etude sur la carence en vitamine A en RDC*, Kinshasa.

Bureau international du Travail, 1998, *Bulletin du Bureau Régional pour l'Afrique*, mai 1998.

CEPLANUT, 1997, *Etude sur l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés*, Kinshasa.

Institut National de la Statistique, 1992, *Recensement Scientifique de la population, Totaux définitifs*, Kinshasa, 90 pages.

Institut National de la Statistique, 1993, *Projections démographiques : Zaïre et Régions 1984-2000*, Kinshasa.

Lututala, M., Ngondo, P. et Munkeni, B. , 1996, *Dynamique des structures familiales et accès des femmes à l'éducation au Zaïre*, Nairobi, Académie Africaine des Sciences, Rapport de recherche.

PNLS (Programme National de Lutte contre le Sida), 2001, *L'infection à VIH, le SIDA et les infections sexuellement transmissibles en RDC : niveau et tendances de 1984 à 2000*, Kinshasa.

OMS et UNICEF (1996), *Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle*. Nouvelle méthodologie OMS/UNICEF, 8 pages.

ONUSIDA/OMS, 2001, *République Démocratique du Congo, Fiche épidémiologique sur le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles, mise à jour 2000 (révisée)*, Genève.

Pain Marc, 1984, *Kinshasa, la ville et la cité*, Ed. de l'ORSTOM, Paris, 267 p.

PNUD, 2001, *Rapport National sur le Développement Humain : Gouvernance et Développement Humain en RDC*, Kinshasa.

République Démocratique du Congo (Ministère de la Santé), 1999, *Etat des lieux du secteur de la santé*, Rapport provisoire, Kinshasa.

République du Zaïre (Ministère du Plan, UNICEF, PNUD, OMS), 1996, *Enquête Nationale sur la Situation des Enfants et des Femmes au Zaïre en 1995*, Kinshasa, 166 pages + annexes.

Romaniuk, A., (1967), *La fécondité des populations congolaises*, Paris, Mouton, 348 p.

Sadio Abdoulaye, 2001, *Objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants : Synthèse régionale des progrès de la décennie 1991-2000* - Staff Working Paper n° 2001/001, Unicef, Bureau Régional Afrique de l'Ouest et du Centre.

Sekimonyo wa Magango, 2001, *Le droit de l'enfant à l'éducation fondamentale : données récentes*, Kinshasa.

SNU (Système des Nations Unies), 2001, *RDC-Bilan commun de pays*, Kinshasa, 98 pages.

Tabutin, D. (2000), Analyse des données démographiques déficientes. *Méthodes d'évaluation et d'analyse des données démographiques pour les pays en développement*, Document pédagogique, Diffusion Universitaire CIACO (DUC), Louvain-la-Neuve, 236 p.

UNICEF, 1998, *La situation des enfants dans le monde*, New York.

UNICEF, 2000, *La situation des enfants dans le monde*, New York.

UNICEF, 2000, *Manuel sur l'enquête à indicateur multiple : résultats à la fin de la Décennie*, New York.

UNICEF, 2002, *La situation des enfants dans le monde*, New York, 104 p.